Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec

MRC du Haut-Saint-François

MRC du Granit

MRC des Sources

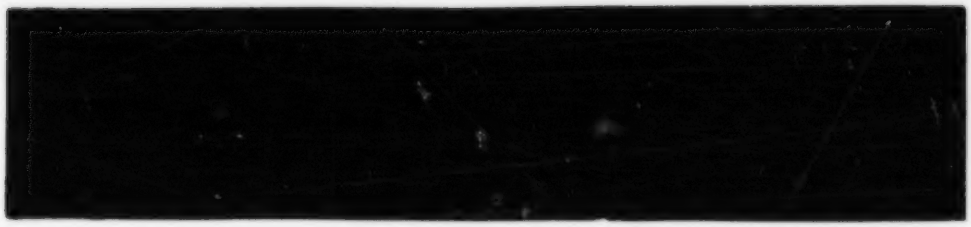
Ville de Sherbrooke

MRC de Coaticook

MRC du Val-Saint-François

MRC de Memphremagog

ESTRIE



2008-00791/

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

Rapport annuel de gestion
2006-2007

Adopté par le conseil d'administration
Le 17 octobre 2007

BIBLIOTHÈQUE
31 OCT. 2007
ASSEMBLÉE NATIONALE

ex2

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Rédaction
Toutes les directions de l'Agence

Graphisme de la page couverture
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Révision des textes, mise en page et correction
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Diffusion
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Dépôt légal
ISBN 978-2-921776-60-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-921776-61-5 (version PDF)
Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives du Canada

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines de l'Agence, au numéro suivant : 819 566-7861, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca/agence.

Table des matières

Avant-propos iii

1. Le message du président-directeur général 1

2. La déclaration sur la fiabilité des données 3

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence 5

   3.1 La mission 5
   3.2 Le territoire couvert et sa population 5
   3.3 Le plan d'organisation 5
   3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
   3.5 Les organismes communautaires 6
   3.6 Le conseil d'administration 6
   3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 7
   3.8 Le Forum de la population 7
   3.9 Le Comité de vigilance et de la qualité 8
   3.10 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 8
   3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 10
   3.12 La Table des chefs de département de médecine spécialisée 12
   3.13 La création du Comité régional sur les services pharmaceutiques 14
   3.14 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités 15

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région 19

   4.1 Le programme-services Santé publique 19
   4.2 Le programme-services Services généraux – activités cliniques et d'aide 28
   4.3 Le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement 30
   4.4 Le programme-services Déficience physique 32
   4.5 Le programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 33
   4.6 Le programme-services Jeunes en difficulté 33
   4.7 Le programme-services Dépendances 34
   4.8 Le programme-services Santé mentale 35
   4.9 Le programme-services Santé physique 35
   4.10 Le cadre de référence régional sur les plans de services individualisés 38
   4.11 La gestion des bâtiments et des équipements 38
   4.12 Les affaires médicales 39
   4.13 L'accès aux services 40
   4.14 Les ressources humaines 40
      4.14.1 La planification régionale de la main-d'oeuvre 40
      4.14.2 Le développement régional des ressources humaines 42
   4.15 Les ressources informationnelles 44
      4.15.1 Les ressources informationnelles régionales 44

4.16 La qualité et la prestation sécuritaire des services 44
4.16.1 La protection des droits des usagers et des usagères 44
4.16.2 Les visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 45
4.16.3 Les relations avec le Curateur public 45
4.16.4 Les relations avec le Bureau du Coroner 46
4.16.5 La gestion des risques 46
4.16.6 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques 47

4.17 L'entente de gestion et d'imputabilité et la reddition de comptes 47

5. Les organismes communautaires 49

5.1 Le contrôle de la conformité 49
5.2 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 49

6. Les données financières 51

6.1 Le rapport de la direction 51

6.2 Les états financiers de l'Agence 52
6.2.1 Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 53
6.2.2 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 54
6.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2007 55
6.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2007 56
6.2.5 L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 57
6.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 59
6.2.7 Les notes aux états financiers 59

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements 66
6.3.1 Les allocations 2006-2007 66
6.3.2 Les autorisations d'emprunt 67
6.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire 67

6.4 L'allocation des ressources aux organismes communautaires 68

Les annexes

Annexe 1 - L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2007
Annexe 2 - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs
Annexe 3 - Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2006-2007
Annexe 4 - Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Avant-propos

En vertu des articles 385.7, 385.8 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel d'une agence doit contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire. Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence) pour 2006-2007 veut donc répondre aux exigences de la loi et du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) quant à l'information que celui-ci doit obtenir, conformément à la circulaire 2006-012.

Enfin, le conseil d'administration de l'Agence tient à souligner la collaboration étroite et soutenue du personnel de l'Agence ainsi que celle des établissements et des organismes communautaires, au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population estrienne.

1. Le message du président-directeur général

En juin 2006, le comité de direction de l'Agence établissait son calendrier de travail pour l'année 2006-2007. Seize dossiers ont été retenus prioritaires. Certains découlaient des priorités ministérielles, d'autres provenaient de problématiques régionales, soit :

- l'élaboration du Plan régional de planification de la main-d'œuvre 2007-2012;
- l'élaboration du Plan de développement des compétences de la main-d'œuvre 2007-2012;
- la poursuite des projets cliniques;
- l'élaboration des plans d'action par chaque centre de santé et de services sociaux;
- la mise au point des ententes pour le projet prioritaire d'informatisation (PRIE) et le début de son implantation;
- l'élaboration du plan de communication Garantir l'accès, nos résultats;
- la mise en place des mécanismes d'accès en chirurgie suite à la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- la révision du Programme d'accessibilité des services en langue anglaise;
- la planification de la centralisation d'Info-Social;
- la mise en place des mesures de promotion des saines habitudes de vie;
- la mise au point du Plan régional sur la chaleur accablante;
- les mécanismes de prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable;
- la mise à jour du Plan des services médicaux spécialisés;
- la mise au point des orientations régionales en santé mentale;
- la révision de la méthode d'allocation des budgets dans les secteurs du médicament et des fournitures médicales, du vieillissement de la population et des services de la courte durée et des services dans le milieu;
- la participation au déploiement des systèmes d'information québécois (CIM, Info Santé Web, Sages-femmes Web) et régionaux (SIGDU, CUBE/paie et Gestion documentaire).

Un an après, mission accomplie! Tous ces dossiers ont été menés à bon port. Ils s'ajoutaient aux multiples dossiers quotidiens, mensuels et annuels devant être traités par l'ensemble des directions de l'Agence.

Vous trouvez, au chapitre 4, un rapport détaillé des actions réalisées dans chaque programme-services. Les réalisations sont nombreuses. L'amélioration de l'offre de service est évidente. La grande cohésion entre les différents établissements de la région, la participation des groupes communautaires et l'engagement du personnel de ces partenaires ont grandement contribué aux progrès accomplis durant la dernière année. Les investissements des quatre dernières années ont permis à l'Estrie de corriger plusieurs lacunes dans l'offre de service. L'accessibilité demeure la première préoccupation de tous les partenaires du réseau, particulièrement en santé mentale et en déficience intellectuelle. La continuité des services et l'arrimage nécessaire entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne pour y arriver est notre deuxième priorité. Enfin, la pénurie de main-d'œuvre appréhendée s'inscrit en troisième place et elle sera là pour les prochaines années.

Merci à tout le personnel et aux directeurs et aux directrices de l'Agence qui n'ont pas ménagé leurs efforts. Merci aux membres du conseil d'administration qui, sous la présidence de maître Denis Paré, ont su guider avec justesse l'Agence afin de prendre les bonnes décisions. Merci à tous les partenaires du réseau et en particulier aux directeurs généraux et aux directrices générales des établissements pour leur très grande collaboration.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

2. La déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2006-2007 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence

3.1 La mission

L'Agence a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins. Conformément à la loi, l'Agence vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires. Elle a notamment pour mission de mettre en place, sur son territoire, en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés, une organisation des services de santé et des services sociaux intégrés.

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Agence met de l'avant les valeurs suivantes :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

3.2 Le territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 104 km^2 divisé en six MRC et le territoire de la ville de Sherbrooke. Il dessert une population de 302 901 personnes, sans compter une clientèle hors région qui requiert des ressources correspondant à près de 12 % des hospitalisations effectuées annuellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MRC ou territoire	Population 2006*	Superficie (km^2)
MRC des Sources	14 158	777,35
MRC de Coaticook	18 770	1 331,83
MRC du Granit	22 396	2 731,80
MRC du Haut-Saint-François	22 001	2 193,57
MRC du Val-Saint-François	29 091	1 380,41
MRC de Memphrémagog	45 949	1 323,20
Ville de Sherbrooke	150 536	366,00

* La population pour l'année 2006 est évaluée selon les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec.

3.3 Le plan d'organisation

Les tableaux suivants présentent les effectifs de l'Agence au 31 mars 2007. Il faut cependant noter que les données ne tiennent pas compte des médecins rattachés à la Direction de santé publique et de l'évaluation. L'organigramme de l'Agence se trouve à l'annexe 1.

Les cadres

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(stabilité d'emploi)
7	0	,07	7,07	0

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés réguliers

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(sécurité d'emploi)
115	8	4,5	119,5	0

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés occasionnels

Nombre d'heures rémunérées	Nombre de postes équivalents temps complet
52 339,64	29

3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2007, la population estrienne était desservie par 17 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux	7	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		3
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
• alcoolisme et toxicomanie	1	
• déficience intellectuelle	2	
• déficience physique	1	
• mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.5 Les organismes communautaires

Les 122 organismes communautaires financés se sont partagés la somme totale de 13 022 115 $ en 2006-2007. Le montant alloué par l'Agence aux organismes de promotion et de services à la communauté a été de 10 612 821 $ alors que les organismes de maintien à domicile se sont vus allouer 2 409 294 $. On trouve, au point 6.4, la liste complète des allocations relatives au Programme régional de soutien aux organismes communautaires.

3.6 Le conseil d'administration

Au 31 mars 2007, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

- M. Jasmin Audet, Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
- M. Gérald Badger, organismes socioéconomiques
- Mme Lynda B.-Provencher, membre cooptée
- Mme Madeleine Bélanger, membre cooptée

- Mme Suzanne Boulanger, membre cooptée
- Dr Robert Cloutier, Département régional de médecine générale
- Dr Pierre Cossette, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
- Mme Lise Drouin-Paquette, **vice-présidente**, organismes socioéconomiques
- M. Pierre Gendron, milieu syndical
- Mme Danielle Lareau, Commission infirmière régionale de l'Estrie
- M. Marc Lauzière, Université de Sherbrooke
- Mme Louise Lévesque, organismes communautaires
- Mme Yolande Nantel, secteur public de l'enseignement
- M. Denis Paré, **président**, établissements autres que les CSSS et les CHSLD
- M. Alex G. Potter, CSSS ou CHSLD
- M. Marc Quessy, comités des usagers des établissements
- M. Michel Baron, **secrétaire**, président-directeur général

3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration à titre d'administrateurs publics.

Le code affirme les valeurs de l'organisation et précise les conduites attendues de chacun. Il traite des règles relatives à la confidentialité et aux conflits d'intérêts, de l'interdiction des pratiques reliées à la rémunération et des obligations des administrateurs après la cessation de leurs fonctions. Il énonce aussi des règles relatives aux assemblées du conseil d'administration.

En vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs doit être accessible au public. Il est donc produit à l'annexe 2.

Enfin, pour l'année 2006-2007, aucun manquement à ce code n'a été signalé.

3.8 Le Forum de la population

Le Forum de la population est une instance qui recueille le point de vue de quinze citoyens et citoyennes et qui formule des avis au conseil d'administration de l'Agence, après avoir débattu de questions sur l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux.

La participation des membres du Forum consiste à se prononcer sur les moyens à privilégier pour consulter la population sur divers sujets de santé et de bien-être, pour répondre aux besoins de la population et pour améliorer sa satisfaction à l'égard des soins et des services.

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

De plus, l'Agence doit prendre l'avis du Forum afin d'élaborer son plan stratégique pluriannuel et doit le consulter avant de mettre en œuvre son Plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2007, le Forum de la population était composé des quatorze personnes suivantes, un membre s'étant désisté :

- M. Georges Allard
- M. Pierre-Hugues Boisvenu
- Mme Lise Drouin-Paquette

- M. Jean-Claude Dumas
- Mme Sylvie Harvey
- Mme Odette Michaud
- M. Samuel Morin
- M. Yan Quirion
- Mme Hélène Rouleau
- Mme Ginette Simoneau
- M. Dan Paul Soroceanu
- M. Jn-Guy St-Gelais
- Mme Chantal Vallée
- M. Raymond Yates

Les réalisations

En 2006-2007, l'Agence a actualisé une entente avec la Conférence régionale des élus pour la mise en place du Forum de la population.

En décembre 2006, les comités des usagers des établissements et les organismes socioéconomiques identifiés dans l'Entente Conférence régionale des élus de l'Estrie-Agence ont été consultés. Des avis publics parus dans les médias et sur le site Internet de l'Agence ont aussi permis de recruter des candidatures. Le 27 février 2007, le conseil d'administration de l'Agence a procédé à la désignation des membres du Forum de la population.

La première rencontre, tenue le 28 mars 2007, a permis aux membres d'échanger sur le rôle et les fonctions des membres du Forum, de connaître les responsabilités de l'Agence et de survoler l'environnement sociosanitaire de l'Estrie. Enfin, les membres ont convenu des règles de fonctionnement du Forum.

3.9 Le Comité de vigilance et de la qualité

Créé par le conseil d'administration de l'Agence en mai 2006, le Comité de vigilance et de la qualité a pour principal mandat l'analyse et le suivi des rapports du Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers. Le Comité de vigilance et de la qualité peut aussi exercer d'autres fonctions confiées par le conseil d'administration relativement à ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers et des utilisateurs de services.

Le comité est composé des personnes suivantes :

Mme Lise Drouin-Paquette, membre du conseil d'administration
Mme Louise Lévesque, membre du conseil d'administration
M. Marc Quessy, membre du conseil d'administration
M. Pierre Richard, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Michel Baron, président-directeur général

3.10 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2007, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

Mme Nicole Bolduc, **vice-présidente**	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme Marie-Claude Brunelle	Gestionnaire des soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Linda Dieleman, **secrétaire**	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
Mme Joanne Faucher	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme France Lacroix	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Collège de Sherbrooke
Mme Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Sylvie Quenneville	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux des Sources

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Danielle Lareau, **présidente**	Gestionnaire en soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Mme Nadia Larochelle	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Mme Denyse Vincent	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
Poste vacant	Infirmière praticienne représentante des domaines techniques

Membre votant – mandat de trois se terminant à l'hiver 2008

Mme Louise Nadeau	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2007

M. Alain Gagné	Infirmier Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook
Mme Louise Gagnon	Gestionnaire Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant en mars 2008

Mme Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence
Poste vacant	Membre observateur

La Commission infirmière régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers et d'infirmières-auxiliaires représentant différents milieux de pratique des établissements de la région.

Au cours de l'année 2006-2007, soit sa sixième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu cinq assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- le suivi du Plan stratégique 2005-2010 du Ministère;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé physique, volet cancer et soins palliatifs;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé mentale;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Déficience physique;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Déficience intellectuelle -Troubles envahissants du développement;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler.

3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2007, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

M. Jasmin Audet, **président**	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Regroupement CNDE-Dixville
M. Yves Couturier	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke

M. Guy Lemire, **vice-président**	Représentant des cégeps de la région Collège de Sherbrooke
Mme Hélaine-Annie Roy	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
Poste vacant	Professionnel du domaine social
Poste vacant	Professionnel du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Robert Bellefleur	Professionnel du domaine social Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Hélène Corriveau	Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
Mme Thérèse Leroux	Représentante des domaines techniques Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
Mme Lynda Périgny, **secrétaire**	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Poste vacant	Représentant des domaines techniques

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant en octobre 2006

Mme Linda Dieleman	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
Mme Josée St-Arnaud	Travailleuse sociale Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-François
Mme Johanne St-Cyr	Conseillère aux programmes Centre de réadaptation Estrie
M. Charles Lamontagne	Directeur Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique des établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que du domaine social.

Au cours de l'année 2006-2007, soit sa sixième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu quatre assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- le suivi du Plan stratégique 2005-2010 du Ministère;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé physique, volet cancer et soins palliatifs;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé mentale;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Déficience physique;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Déficience intellectuelle -Troubles envahissants du développement.

3.12 La Table des chefs de département de médecine spécialisée

La Commission médicale régionale de l'Estrie a été dissoute le 31 mars 2006 et remplacée par la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée. Celle-ci a siégé pour la première fois en juin 2006. Les règles dictant sa composition prévoient que l'ensemble des spécialités médicales soient représentées sous les huit groupes suivants : la chirurgie, l'anesthésie, la médecine, l'imagerie médicale, la pédiatrie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique et la médecine de laboratoire. De plus, chaque établissement ayant un plan d'effectifs spécialisés y est représenté ainsi que la Faculté de médecine et sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, les médecins résidants et l'Agence. Pour favoriser la concertation, le directeur des services professionnels du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ainsi qu'un représentant du Département régional de médecine générale ont été cooptés par les autres membres en poste.

Au 31 mars 2007, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
M. Pierre Beauséjour	Département de psychiatrie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Pierre Chevrier	Département de médecine de laboratoire Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Pierre Cossette	Département de médecine Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Gilles Faust	Faculté de médecine et sciences de la santé Université de Sherbrooke

Mme Paule Hottin	Département de psychiatrie Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
M. Gaétan Langlois	Département de chirurgie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Claude Lemoine, **président**	Département de pédiatrie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Jean-Marie Moutquin	Département de gynécologie-obstétrique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Michel Parent	Département d'anesthésiologie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. John Robb	Département de médecine Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
M. Gérard Schmutz	Département d'imagerie médicale Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres observateurs

M. Adrian Pusca	Département de médecine Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
M. Philippe Lamontagne, **secrétaire**	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence
M. Patrice Laplante	Représentant du Département régional de médecine générale
M. Pascal Robichaud	Médecin résidant
M. Maurice Roy	Directeur des services professionnels Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, la Table régionale exerce plusieurs responsabilités dont :

- faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux en spécialité et assurer sa mise en place;
- définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés et assurer sa mise en place;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés et assurer sa mise en place.

Au cours de l'année 2006-2007, la Table a siégé à quatre reprises et réalisé les travaux suivants :

- l'adoption de ses règlements de régie interne;
- la nomination de représentants aux instances suivantes :
  - le comité sur la mise à jour des services médicaux spécialisés (Dr Jean-Marie Moutquin et Dr Michel Parent),
  - le conseil d'administration de l'Agence (Dr Pierre Cossette),
  - le Département régional de médecine générale (Dr Pierre Beauséjour);
- la formulation de recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialistes 2007;
- la formulation de propositions sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialistes 2008;
- la formulation de recommandations sur les orientations régionales des programmes-services Santé physique, volet cancer et soins palliatifs, et Santé mentale;
- l'adoption du plan qualitatif de déconcentration des services spécialisés ainsi que du plan de travail.

3.13 La création du Comité régional sur les services pharmaceutiques

Suite au processus électoral mis en place en 2006, la Comité régional sur les services pharmaceutiques voit le jour en décembre de la même année.

Ce comité est composé de représentants de chacun des groupes suivants : les pharmaciens propriétaires, les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires, les chefs de département clinique de pharmacie et les pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement.

Au 31 mars 2007, le Comité régional sur les services pharmaceutiques était composé des personnes suivantes :

Mme Armelle Apter	Chef de département de pharmacie
M. Marc-Denis Hubert	Représentant des pharmacies communautaires
M. Jean-Luc Trottier	Représentant des pharmaciens propriétaires
M. Martin Turgeon	Représentant des pharmaciens en établissement
M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
Mme Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments, dont donner son avis sur les approches novatrices en soins et services pharmaceutiques;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Aux cours de l'année 2006-2007, le Comité s'est réuni à deux reprises et à réalisé les travaux suivants :

- l'adoption de ses règlements de régie interne;
- l'adoption d'un plan de travail pluriannuel.

De plus, les dossiers suivants seront traités de façon prioritaire :

- les avis sur les recommandations du comité SARDM (Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments);
- la mise en place de modalités de communication avec les membres dans quatre collèges électoraux;
- le déploiement des ordonnances collectives, plus particulièrement en diabète, contraception orale et anticoagulothérapie.

3.14 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2007, le comité de direction du Département régional de médecine générale était composé des personnes suivantes :

Membres élus

M. Robert Cloutier	Médecin omnipraticien, catégorie « MRC hors Sherbrooke »
M. André Munger	Médecin omnipraticien, catégorie « CLSC »
Mme Raymonde Vaillancourt, **chef du DRMG**	Médecin omnipraticien, catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

Mme Danielle Blais	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François
M. Denis Blanchard	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux des Sources
M. Richard Boulé	Département de médecine de famille Faculté de médecine et sciences de la santé Université de Sherbrooke

M. Daniel Brochu	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Martine Jeanrenaud	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M. Patrice Laplante	Médecin omnipraticien Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
Mme Louise Soulière	Directrice de santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Au cours de l'année 2006-2007, le Département régional de médecine générale a tenu neuf assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- le Plan régional des effectifs médicaux :
  - la gestion des règles, l'application et la mise à jour par territoire,
  - le recrutement des douze postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries des effectifs,
  - la réorganisation des services de première ligne et les projets cliniques;
- les activités médicales particulières :
  - la gestion des règles, des dérogations et leur mise à jour;
- les groupes de médecine de famille :
  - le support à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine de famille,
  - la promotion du modèle.

De plus, en 2006-2007, les activités suivantes ont été réalisées :

- le calcul comparatif par centre de santé et de services sociaux du Plan régional des effectifs médicaux et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements et leur pourcentage d'atteinte par sous-région. En plus, le calcul du Plan régional d'effectifs médicaux de première ligne a donné au Département régional de médecine générale un portrait des effectifs plus près de la réalité (problématique dans la MRC de Memphrémagog et surtout dans celle du Haut-Saint-François : plan régional d'effectifs médicaux atteint à 69 %);
- la priorisation de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie pour combler les plus grandes pénuries;

- le recrutement des douze postes autorisés au Plan régional d'effectifs médicaux (onze en 2005 et treize en 2006, dont cinq nouveaux facturants). Le sous-comité « Plan régional d'effectifs médicaux – activités médicales particulières » a tenu neuf rencontres, incluant une rencontre pour la sélection des candidats;

- les travaux autorisant des postes « supplémentaires » pour répondre aux besoins d'enseignement (Plan d'effectifs médicaux universitaires). Il est à noter que les deux postes du Plan d'effectifs médicaux universitaires octroyés en Estrie se sont retrouvés inclus à l'intérieur des douze postes autorisés;

- la gestion des activités médicales particulières des groupes 1 à 4 et leur mise à jour par centre de santé et de services sociaux. Les dérogations des groupes 5 et 6 pour répondre aux besoins des sous-régions sans déstabiliser la deuxième ligne (points de services de Weedon et de Windsor, activités médicales particulières orphelines);

- le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté, dont celle de la MRC du Granit;

- la demande d'attribution de bourses d'installation médicale dans les régions de Valcourt, d'Asbestos et possiblement de St-Ludger (celle de Weedon demeure disponible depuis trois ans). Les demandes de forfait de garde en disponibilité pour les MRC de Coaticook et des Sources ont été accordées, celle de la MRC du Haut-Saint-François est en évaluation;

- la représentation aux différentes tables de concertation de l'Agence et des centres de santé et de services sociaux sur les projets cliniques (comité de pilotage, comité de suivi des projets cliniques et comité sur l'organisation des services de première ligne);

- la désignation de médecins-répondants pour l'élaboration des programmes-services et des orientations régionales et locales;

- les recommandations face aux orientations et aux priorités de services dans les programmes-services suivants ont été émises : Services généraux, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale, Santé physique, volet Cancer et soins palliatifs, et Dépendances. Les recommandations pour les maladies chroniques sont à venir;

- la mise en place de tables territoriales par centre de santé et de services sociaux (représentant du Département régional de médecine générale, du directeur des services professionnels et des chargés de projets) pour le projet clinique et certains projets connexes : la réadaptation cardiaque, le protocole de suivi d'anticoagulothérapie et les pratiques cliniques préventives;

- des travaux sur l'accessibilité au plateau technique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke aux heures défavorables (pour les cliniques et les groupes de médecine de famille de la ville de Sherbrooke et de la MRC du Haut-Saint-François);

- la mise sur pied et la consolidation de neuf groupes de médecine de famille (accrédités) et le support à l'élaboration de trois autres groupes;

- l'animation de la Table des partenaires « Groupes de médecine de famille » et la mise sur pied temporaire de la Table des responsables médicaux des groupes de médecine de famille;

- l'élaboration d'un répertoire des cliniques et des groupes de médecine de famille incluant le médecin-répondant, la secrétaire-répondante ainsi que les effectifs en place;

BIBLIOTHÈQUE
3 1 OCT. 2007
ASSEMBLÉE NATIONALE

- des travaux sur la pandémie éventuelle face à la grippe aviaire;
- des travaux avec le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke sur les mécanismes d'accès à un médecin de famille en priorisant la clientèle la plus vulnérable (équipe de triage avancé);

- le plan de communication (bulletin Réseau-Estrie) décrivant, entre autres, les travaux du Département régional de médecine générale.

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région

4.1 Le programme-services Santé publique

Les maladies infectieuses et la santé environnementale

La lutte aux infections nosocomiales

Au cours de l'année 2006-2007, la situation de la région face aux infections à Clostridium difficile a montré des taux stables, soit en moyenne 4,5 cas par 10 000 patients-jours dans les centres d'hébergement et de soins généraux spécialisés de l'Estrie, comparativement à neuf par 10 000 à l'échelle québécoise.

En décembre 2006, les quatre établissements ayant une mission de centre d'hébergement et de soins généraux spécialisés ont été visités par une équipe, suite à un mandat du Directeur national de la santé publique. Ces visites avaient comme objectif d'estimer la progression de la mise en œuvre du Plan d'action 2006-2009 et de soutenir les établissements dans l'investigation et la recherche de solutions pour mieux comprendre et contrôler leur situation. Ces visites ont permis de constater des progrès dans pratiquement tous les domaines. Des recommandations ont été présentées aux autorités des établissements et de l'Agence. Ces recommandations feront l'objet d'un suivi au cours de l'année 2007-2008.

Par ailleurs, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales a poursuivi ses travaux en 2006-2007 en se concentrant particulièrement sur les aspects organisationnels de la prévention des infections nosocomiales et la formation sur les mesures de base à l'intention du personnel des soins préhospitaliers et du transport adapté. La Table régionale de prévention des infections nosocomiales a également contribué à la formulation des recommandations régionales suite aux visites mentionnées ci-dessus. En terminant, la Table a donné son appui à la mise en place, par les établissements concernés, de systèmes de surveillance pour certaines infections nosocomiales autres que celles associées au Clostridium difficile.

La préparation à la pandémie contre l'influenza - volet santé publique

Au cours de l'année 2006-2007, la Direction de santé publique et de l'évaluation a terminé la rédaction de son volet régional de lutte à une éventuelle pandémie d'influenza, conjointement avec les représentants du Comité de planification et d'intervention des mesures d'urgence de l'Agence. Le Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza - Mission santé a été présenté au Ministère en juin 2006. Parallèlement, les travaux sur la pandémie avec les représentants des établissements de l'Estrie ont mené au dépôt des plans locaux de lutte contre une pandémie d'influenza – mission santé au 31 octobre 2006. Les travaux de préparation à une pandémie à l'Agence et avec les établissements se poursuivent par cycle de six mois et visent à rendre opérationnelles les différentes stratégies des plans régional et locaux, soit pour le volet santé publique, le rehaussement des activités de surveillance et de vigie à l'échelle régionale et locale, la mise à jour des mesures de prévention des infections dans le réseau de la santé selon les phases pandémiques, la préparation à une vaccination d'urgence des travailleurs de la santé et des autres travailleurs essentiels, la préparation d'une campagne de vaccination massive de l'ensemble de la population dès qu'un vaccin efficace et sécuritaire sera disponible et l'élaboration de mesures générales de santé publique, dont la gestion des cas et contacts ainsi que l'éducation sanitaire de la population.

La contamination des lacs par les cyanobactéries

Au cours de l'automne 2006, la contamination des lacs Massawippi et Memphrémagog par les cyanobactéries (algues bleues) a menacé la qualité des eaux approvisionnant certaines municipalités de la région. Cette situation a amené la Direction de santé publique et de

l'évaluation à émettre des restrictions quant à l'utilisation et à la consommation de l'eau des réseaux municipaux concernés. Ces restrictions ont aussi touché les riverains et les autres utilisateurs de ces plans d'eau. Un suivi serré a été effectué, en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, et les dernières restrictions ont pu être levées huit semaines plus tard.

La récupération des seringues et des aiguilles usagées

En 2005, le Ministère a demandé à chacune des régions du Québec de procéder à l'implantation d'un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées, et ce, pour le 1er juin 2006. L'objectif principal étant de réduire les piqûres accidentelles dues aux seringues et aiguilles laissées à des endroits inappropriés.

Depuis le début juin 2006, le Système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées était opérationnel. Des contenants à déchets biomédicaux sont offerts gratuitement par le Ministère aux autosoins et utilisateurs de drogues par injection. Les centres de santé et de services sociaux, les pharmacies et les organismes communautaires engagés dans le programme d'échange de seringues s'occupent de la distribution de ces contenants.

De plus, des cliniques spécialisées du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (suppléance rénale, sclérose en plaques et, notamment, la clinique de diabète de jour) ainsi que la clinique de diabète du Centre de santé et de services sociaux des Sources collaborent à ce programme.

Dès juin 2006, la Direction de santé publique et de l'évaluation envoyait des contenants à déchets biomédicaux de grande capacité aux 53 pharmacies afin de recueillir, de façon sécuritaire, les contenants de fortune. Cette initiative régionale a été reprise par le Ministère le 15 janvier 2007.

En juillet 2006, un avis a été déposé à Info-Santé sur les consignes de sécurité à respecter afin d'éviter toute piqûre accidentelle.

En terminant, un comité de travail a été formé afin d'évaluer la pertinence d'installer des collecteurs extérieurs de seringues. Ce comité est composé de représentants de la Sécurité publique et de la Santé publique. Deux rencontres ont eu lieu, soit en octobre 2006 et en avril 2007.

L'étude sur l'exposition au radon dans les édifices publics des MRC du Granit et du Haut-Saint-François

Le radon est un gaz cancérigène qui provient de la dégradation de l'uranium présent dans le sol. Selon les indicateurs géologiques disponibles, certaines municipalités des MRC visées seraient situées sur des zones ayant un potentiel plus élevé d'émission de radon (La Patrie, Nantes, Saint-Sébastien, Sainte-Cécile-de-Whitton et Scotstown). Des détecteurs y ont donc été installés dans les écoles et les édifices municipaux par des étudiants en médecine dans le cadre de leur stage en santé communautaire. Les analyses ont été financées par le Bureau de la radioprotection de Santé Canada.

La nouvelle ligne directrice proposée par Santé Canada pour le radon n'a été dépassée que dans l'école et le sous-sol de l'église de Saint-Sébastien ainsi que dans le sous-sol du bureau municipal de Sainte-Cécile-de-Whitton. Il faut noter que ces mesures ne sont pas représentatives d'une exposition à long terme mais plutôt pour une courte période en février. Conséquemment, les résultats élevés devront être validés par des mesures prises sur plusieurs mois. Ce n'est que si le problème se confirme que des travaux visant à limiter l'infiltration du radon devront être entrepris. Cette étude rappelle que les concentrations de radon ne dépendent pas uniquement de la composition du sol. Néanmoins, il demeure

possible que des concentrations élevées soient rencontrées dans les édifices publics au Québec.

La santé au travail

Au cours de 2006-2007, les différents intervenants et professionnels du programme ont contribué à la réalisation d'actions préventives en milieu de travail. Majoritairement, ces actions ont fait l'objet de concertation entre l'équipe du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François, celle de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Direction de santé publique et de l'évaluation. Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, des programmes de santé spécifiques aux établissements ont été élaborés pour les entreprises des secteurs prioritaires. Par ailleurs, les professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation ont participé activement à différents comités de travail québécois et régionaux comme par exemple :

- la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail;
- le plan d'action du réseau de la santé visant la réduction de la surdité due au bruit dans les milieux de travail.

De plus l'équipe régionale s'est dotée d'un processus de traitement des enquêtes MADO (maladies à déclaration obligatoire) pour assurer le suivi des déclarations issues du Comité des maladies professionnelles pulmonaires.

Le soutien aux entreprises des secteurs non prioritaires a été assuré par l'équipe régionale dans la réponse aux demandes d'expertise qui lui ont été adressées.

Les négociations qui ont eu cours en 2005-2006 entre le Ministère et la Commission de la santé et de la sécurité du travail ont donné naissance à un nouveau processus de planification des activités qui se traduira dorénavant par la signature d'ententes de gestion annuellement entre les parties. Différents indicateurs y sont prévus afin de mieux évaluer l'atteinte des objectifs des services de santé au travail.

Les programmes régionaux et provinciaux

Des programmes d'interventions concertés, soit au plan québécois ou régional, ont été mis en œuvre dans les secteurs prioritaires et dans les secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- l'intervention sur les risques biologiques a débuté dans le secteur des municipalités afin de protéger les travailleurs en contact avec les eaux usées et les éboueurs;
- le plan d'action concerté sur le béryllium dans le secteur usinage, jumelé à une vérification de l'utilisation sécuritaire de l'amiante, est presque terminé;
- les interventions concertées au regard de l'exposition des travailleurs aux fumées de caoutchouc se sont poursuivies;
- le Programme d'intervention régional sur l'exposition à la silice des travailleurs de la transformation du granit;
- une opération de dépistage de l'amiantose auprès de 300 travailleurs ciblés du secteur de la construction a été initiée.

Les services de promotion-prévention de la santé

Le Service de promotion-prévention de la santé a réalisé, dans le cadre de différents programmes, les activités suivantes :

Les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

- L'organisation des jours 2 et 3 de la formation « L'attachement parents-enfant : pierre angulaire du développement de l'enfant de 0 à 18 mois », qui a rejoint une centaine d'intervenants provenant des équipes locales de 0 à 5 ans et des organismes communautaires famille.

- La production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (aussi appelé Programme intégré 0-5 ans). Le bilan indique que :

    - 585 femmes enceintes ainsi que 950 enfants de 0 à 5 ans et leur famille ont reçu des services des établissements oeuvrant dans ce programme, soit les centres de santé et de services sociaux et la Villa Marie-Claire;
    - la clientèle rejointe représente 100 % de celle qui est ciblée;
    - les familles reçoivent en moyenne douze visites à domicile par année;
    - environ 45 % des enfants âgés entre 1 et 5 ans fréquentent un milieu de garde et 20 % sont en attente d'une place;
    - les organismes communautaire famille offrent divers services et activités à la clientèle du programme dans l'ensemble des MRC de l'Estrie.

- La révision du nombre de femmes enceintes et d'enfants ciblés par chacun des établissements de la région dans le cadre du Programme intégré 0-5 ans, en tenant compte des données socio-économiques et démographiques les plus récentes.

- La participation aux travaux québécois relatifs aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment sur le soutien clinique offert aux intervenants du programme et sur le guide d'intervention concernant les pratiques parentales.

- La participation aux travaux entourant le programme d'éveil à la lecture et à l'écriture :

    - implantation d'un comité local dans la MRC du Val-Saint-François;
    - consolidation des comités locaux de la MRC de Coaticook et de la ville de Sherbrooke;
    - suivi des plans d'action des autres comités (MRC des Sources, du Granit, du Haut-Saint-François et de Memphrémagog).

- L'organisation d'une formation sur l'utilisation du Brigance (outil d'évaluation du développement des enfants) offerte au nouveau personnel du Programme 0-5 ans dans les établissements de la région.

- Le suivi du programme « Y'a personne de parfait (Y'APP) », offert et réalisé par les organismes communautaires du secteur famille de la région, qui proposent une formation et du soutien de groupe aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Cette année, onze groupes ont été formés, ce qui a permis de rejoindre 55 parents.

L'allaitement maternel et la périnatalité

- L'organisation d'une consultation régionale auprès de l'ensemble des partenaires concernés par la mise à jour de la Politique de périnatalité.

- La production d'une présentation électronique sur l'Initiative des amis des bébés, à l'intention des différentes instances visées par ce programme en Estrie.

- La conception et la production des modules 5 et 6 du Programme régional de formation en allaitement maternel, dans le cadre de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

- L'organisation et la diffusion de la formation en allaitement à l'intention de l'ensemble des intervenantes qui sont appelées à informer et conseiller les parents en matière d'allaitement : un total de 21 sessions pour les modules 1 à 6 réparties dans les sept MRC.

- La diffusion de deux sessions de formation sur l'allaitement et la contraception et sur l'allaitement et la pharmacothérapie, à l'intention des médecins, des sages-femmes et des infirmières.

- L'organisation d'activités de promotion de l'allaitement maternel, en collaboration avec les répondantes locales en allaitement maternel, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel.

- Le lancement d'un certificat-cadeau permettant d'offrir des services en cadeau aux nouveaux parents, par exemple, des plats cuisinés, des heures de ménage, et ce, dans le but de les soutenir lors de la naissance de leur bébé.

Le Programme Fluppy s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

- Le suivi de l'implantation du programme Fluppy par la production du bilan annuel 2005-2006 démontrant que :

    - plus de 51 écoles, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, et 77 classes de maternelle offraient le programme sur une base régulière;
    - plus de 1 300 enfants ont participé aux ateliers du programme Fluppy et près de 144 familles ont bénéficié en moyenne de 7,5 suivis intensifs à domicile;
    - plus de 944 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région; treize activités de formation sur le programme Fluppy ont été offertes à 63 personnes provenant des centres de santé et de services sociaux et du milieu scolaire.

L'approche École en santé

- Des formations globales sur l'approche École en santé se sont poursuivies, complétées par des ateliers thématiques visant à outiller les deux réseaux (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et ministère de la Santé et des Services sociaux), pour le déploiement dans les écoles participantes. Ces ateliers ont rejoint les partenaires concernés sur le terrain et on a enregistré une hausse de la participation des partenaires scolaires par rapport à 2005-2006. Ainsi, trois commissions scolaires sur quatre ont nommé leur répondant École en santé qui travaille étroitement avec les répondants des centres de santé et de services sociaux.

- Treize écoles se sont engagées dans l'implantation du programme École en santé, ce qui correspond à la moyenne du Québec pour le déploiement de l'approche. Ces écoles en sont à compléter leur analyse de situation et leurs choix de priorités.

- La répondante régionale du programme École en santé de l'Agence a participé aux travaux de l'Institut national de santé publique du Québec pour l'élaboration des contenus des ateliers thématiques ainsi que du fascicule des recommandations d'experts sur la prévention des toxicomanies, intégrés à l'approche École en santé.

- Par ailleurs, des travaux ont été amorcés dans l'équipe de la promotion-prévention de la Direction de santé publique et de l'évaluation afin de préciser comment les différents programmes en lien avec les habitudes de vie des jeunes peuvent s'arrimer avec le programme École en santé, tout en préservant l'expertise. Les principaux programmes concernés sont le tabagisme, la toxicomanie, l'alimentation et l'activité physique.

La prévention de la toxicomanie

- Les plans d'action triennaux 2004-2007 de Pratic-05 ont été prolongés sur l'année 2007-2008 pour tenir compte des arrimages prévus avec le programme École en santé. Pour favoriser ces arrimages, des activités ont été organisées, soit des rencontres avec les gestionnaires des centres de santé et de services sociaux et des rencontres régionales communes entre les répondants des programmes École en santé et de Pratic-05.

- Des activités de formation sur les outils DEP-ADO (grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes) et DÉBA-A/D (dépistage/évaluation du besoin d'aide – alcool/drogues - adultes) ont été réalisées ainsi que la sensibilisation des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux au programme Alcochoix+, programme de prévention secondaire auprès des adultes. Des développements sont attendus en 2007-2008.

Le jeu pathologique

- Un projet pilote de concertation et de prévention a été réalisé à Magog, incluant le centre de santé et de services sociaux et ses partenaires locaux. Le projet visait à implanter un programme de prévention (Éduc-Jeu) s'adressant à des joueurs sur appareils de loterie vidéo. D'autres activités de prévention visant les jeux de hasard et d'argent ont été réalisées à travers les programmes de prévention en toxicomanie ou sur les habitudes de vie, en particulier chez les jeunes.

La santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation a participé aux travaux nationaux concernant l'élaboration et le déploiement du Programme de formation sur l'application des agents de scellement en milieu scolaire ainsi qu'aux travaux de l'Institut national de santé publique du Québec concernant l'avis scientifique intitulé Fluoration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé.

Certaines municipalités de la région ont été rencontrées afin de leur faire connaître les avantages ainsi que les conditions nécessaires à la fluoruration des eaux de consommation.

La Direction de santé publique et de l'évaluation a assuré le soutien à la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme (année scolaire 2005-2006) :

- nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires)..... 109
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire 4 831
- nombre d'enfants référés aux dentistes 334
- nombre d'enfants à risque élevé de carie, suivi par les intervenants du programme..... 1 751
- nombre d'applications topiques de fluorure..... 3 294
- nombre d'activités éducatives individuelles..... 3 299
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement..... 760
- nombre d'activités éducatives de groupe 728

La lutte à la sédentarité et la promotion de l'activité physique

Dans le cadre du programme Kino-Québec, les principales réalisations ont rejoint la clientèle des jeunes en milieu scolaire, les adultes de 25 à 44 ans et les personnes de plus de 50 ans :

- la participation au développement de Québec en forme, implanté dans plus de 30 écoles primaires de milieux défavorisés de l'Estrie. Un nouveau comité d'action local a été formé pour élaborer des interventions dans la MRC du Haut-St-François;

- l'attribution de 28 bourses École active à des écoles primaires et secondaires totalisant 10 000 $ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation;

- la promotion et le soutien d'une cour d'école saine et active auprès des écoles primaires et secondaires de l'Estrie;

- la participation au projet Récupère « don » ton vélo. Cent vélos ont été remis en bon état et distribué à la communauté. Quatre arrondissements de Sherbrooke ont développé une nouvelle programmation vélo, rendue possible grâce à la disponibilité d'une remorque pouvant déplacer 20 vélos;

- la réalisation de la campagne Plaisirs d'hiver dans l'ensemble de l'Estrie. Près de 60 municipalités y ont participé. À Sherbrooke, une cueillette de patins usagés, coordonnée par Kino-Québec, a permis de remettre environ 350 paires de patins à des enfants ou des organismes de milieu défavorisé de Sherbrooke;

- la réalisation de la campagne Marchez Sherbrooke auprès de la population et une quinzaine de milieux de travail. Quinze organismes ont présenté 40 activités de marche en octobre 2006;

- la participation à la création de douze événements des Mardis actifs, une initiative visant l'initiation aux activités de plein air pour les adultes de plus de 50 ans;

- le soutien au programme Viactive destiné à promouvoir l'activité physique auprès de la clientèle des aînés. Plus de 2 000 personnes participent, chaque semaine, à des séances d'activités physiques offertes au sein d'une centaine de regroupements de retraités.

La prévention des traumatismes non intentionnels

- L'implantation de la semaine Sécurijeunes portant sur les principaux facteurs de risque de blessures chez les jeunes. Cette nouvelle programmation devrait permettre aux parents de reconnaître et d'adopter des comportements sécuritaires pour leurs enfants afin de réduire le nombre de décès et de blessures.

- Environ 500 personnes âgées ont bénéficié du nouveau Programme ministériel de prévention des chutes sous la responsabilité des intervenants des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

- Plus de 350 trousses de sécurité contenant du matériel pour prévenir les différents traumatismes survenant à domicile ont été distribuées aux parents qui bénéficient des services intégrés de périnatalité et petite enfance offerts par les centres de santé et de services sociaux.

- Le Programme des patrouilleurs cyclistes a permis d'offrir plus de 4 500 heures de présence aux différents réseaux estriens et ainsi offrir une large gamme de services préventifs aux usagers.

- Dans le cadre de la nouvelle législation sur les véhicules hors-routes, des formations en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes auprès des nouveaux surveillants de sentiers ont rejoint les 30 clubs de motoneigistes et de quads de l'Estrie.

La promotion des saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques

- Le Programme intégré de prévention des maladies chroniques implanté dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie repose sur trois habitudes de vie : le non-usage du tabac et l'absence d'exposition à la fumée secondaire, la consommation

quotidienne d'au moins cinq portions de légumes et de fruits et la pratique de 30 minutes cumulées d'activités physiques d'intensité modérée presque tous les jours. Les stratégies retenues à ce jour sont des actions éducatives individuelles ou de groupe et l'utilisation du counselling de courte et de longue durée sur ces trois habitudes de vie afin de soutenir le changement de comportement des personnes qui consultent aux services courants infirmiers.

- En 2006-2007 :
    - la consolidation des activités de counselling s'est poursuivie en soutenant les intervenants pivots et en formant les nouveaux intervenants;
    - un counselling de courte durée (30 secondes à trois minutes) sur les saines habitudes de vie 0.5.30 Combinaison prévention a été offert par les infirmières à 1 889 usagers (11,2 %) ayant consulté aux services courants infirmiers, comparativement à 8,9 % l'an passé (1 436 usagers);
    - 274 fumeurs ont reçu des services de support à la cessation tabagique dans les sept centres d'abandon du tabagisme de l'Estrie. Deux cent vingt-cinq fumeurs ont bénéficié d'interventions en individuel (une moyenne de trois rencontres par fumeur) et 49 fumeurs ont participé à des interventions de groupe offertes dans quatre MRC;
    - au total, 1 584 interventions individuelles de longue durée sur les trois habitudes de vie ont été faites par les intervenants pivots de ce programme;
    - différentes activités éducatives ponctuelles ont eu lieu en lien avec les campagnes nationales de promotion des saines habitudes de vie. Des efforts sont déployés pour arrimer les messages santé avec ces campagnes nationales et des outils promotionnels sont remis. Ces campagnes sont : Rendez-vous d'automne, la Semaine vers un avenir sans fumée, Plaisirs d'hiver, le Défi j'arrête, j'y gagne (860 inscriptions pour l'Estrie), le Défi Santé 5/30 (3 491 inscriptions pour l'Estrie), Fruits et légumes en vedette (66 restaurants des différentes MRC ont participé à cet événement, soit le double de l'an passé).
- Pour préparer l'arrivée prochaine de la politique-cadre du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport sur une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, des travaux sont en cours afin que les centres de santé et de services sociaux puissent soutenir les écoles qui souhaiteront implanter des mesures en rapport avec cette politique, et ce, en lien avec l'approche École en Santé.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2006, en Estrie, 13 100 femmes dont l'âge se situe entre 50 et 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le taux de participation pour cette période, qui est de 63,9 %, demeure stable depuis deux ans.

Le taux de détection du cancer du sein est bon. En 2003-2004, à l'intérieur du programme, 101 femmes asymptomatiques ont reçu un diagnostic de cancer du sein et ont été traitées.

La sécurité alimentaire

En mai 2006, le Ministère a revu les orientations du programme. Il a, entre autres, annoncé la récurrence du financement, reconnu le secteur du dépannage alimentaire et a déterminé une nouvelle répartition du financement, soit 75 % pour le secteur de l'autonomie alimentaire et 25 % pour celui du dépannage alimentaire. En Estrie, il a été convenu d'intégrer ce

financement en appui à la mission globale des organismes reconnus et financés dans le projet pilote en sécurité alimentaire. Cela représente douze organismes, soit huit du secteur de l'autonomie alimentaire et quatre du dépannage alimentaire. Les modalités de répartition du financement ont été convenues entre l'Agence et les organismes concernés et sera en vigueur pour 2007-2008. La Direction de santé publique et de l'évaluation devra toutefois poursuivre le suivi de ce financement et en rendre compte au Ministère. Les modalités de reddition de compte restent toutefois à déterminer.

Les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives retenues par la Direction de santé publique et de l'évaluation en 2006-2007 sont le counselling en regard :

- d'une saine alimentation, de la pratique régulière d'activités physiques et de la cessation du tabagisme;
- de la prévention des chutes chez les personnes âgées;
- de l'hypertension artérielle;
- de la promotion et de la prescription de supplément d'acide folique pour les femmes en âge de procréer.

Le milieu clinique des groupes de médecine de famille a été ciblé de façon prioritaire. Des outils et diverses formations ont été offerts aux infirmières de l'ensemble des groupes de médecine de famille de l'Estrie en lien avec les priorités cliniques retenues. Par ailleurs, un mécanisme de communication a été établi pour optimiser les campagnes promotionnelles québécoises auprès des clientèles des groupes de médecine de famille, tels le Défi J'arrête, j'y gagne et le Défi Santé 5/30!

En matière de prévention des chutes, des ateliers de formation ont été offerts à plusieurs cliniques médicales et groupes de médecine de famille et une approche clinique a été expérimentée à l'intérieur d'un projet de recherche du Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

En regard de la promotion de la prise de suppléments d'acide folique, la Direction de santé publique et de l'évaluation a réalisé, en étroite collaboration avec le Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, une campagne de sensibilisation en utilisant une double stratégie, soit en s'adressant directement aux femmes par le biais des médias (conférence de presse et publicité) et en favorisant la recommandation de la prise d'un supplément d'acide folique par les professionnels de la santé auprès des femmes en âge de procréer (à l'aide de matériels promotionnels et d'un outil éducatif).

La surveillance de l'état de santé de la population, le suivi de gestion et l'évaluation

L'information sur l'état de santé de la population

Deux monographies ont été produites portant respectivement sur les maladies respiratoires et les facteurs de risque à la santé. Également, des états de situation ont contribué à décrire, dans une perspective populationnelle, les problématiques du cancer, de la déficience physique, de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement.

Par ailleurs, un InfoBULLE traitant de l'impact de la migration de la classe 9 à 10 de la classification internationale des maladies sur les données a été produit. De plus, plusieurs articles ont été publiés dans l'hebdomadaire La Nouvelle ainsi que dans divers journaux locaux. Ces articles ont traité des sujets suivants : les médicaments chez les personnes âgées, l'alcool chez les jeunes, la chaleur accablante, le cancer de la peau, le smog, le virus du Nil, la différence entre l'herbe à poux et l'herbe à puce, les cyanobactéries, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le Programme québécois de dépistage du cancer du

sein, les décès impliquant les véhicules à moteur, l'espérance de vie en lien avec la défavorisation, les plaisirs d'hiver, le monoxyde de carbone et deux articles sur l'allaitement.

Toutes ces productions sont disponibles sur le site Internet de l'Agence.

Le Système d'information intégré en santé publique

Le tableau de bord du Système d'information intégré en santé publique a été mis à jour avec l'addition des banques de données sur les décès de 2003, les naissances de 2004, les mortinaissances de 2004, les nouvelles données de population basées sur le recensement de 2001 et celles sur la prévalence du diabète pour les années 2003-2004.

Les données de surveillance pour le suivi des plans d'action locaux

Une mise à jour du document des données de surveillance pour le suivi des plans d'action locaux a été faite en novembre 2006 et distribuée aux intervenants et aux gestionnaires des centres de santé et des services sociaux de l'Estrie. Cette mise à jour est intégrée au Système d'information intégré en santé publique.

Le soutien méthodologique

Plusieurs travaux ont été réalisés en soutien méthodologique à la Direction de santé publique et de l'évaluation et à l'Agence pour le secteur de la santé environnementale, notamment sur le dossier de la chaleur accablante et des maladies infectieuses. De plus, l'acquisition d'un logiciel cartographique et de fichiers numériques a permis de réaliser quelques travaux selon les besoins exprimés.

4.2 Le programme-services Services généraux - activités cliniques et d'aide

Les orientations et les priorités régionales 2005-2010

Les orientations du programme-services Services généraux sont d'offrir à la population une gamme de services harmonisés et similaires d'un territoire à l'autre et de s'assurer que cette population puisse trouver réponse à ses besoins ou encore qu'elle puisse être orientée vers les services les plus appropriés. À la suite de l'adoption des orientations régionales 2005-2010 par le conseil d'administration de l'Agence en novembre 2005, chacun des territoires de centre de santé et de services sociaux avait le mandat de réaliser un programme-services Services généraux.

Les travaux d'élaboration de ces projets cliniques se sont déroulés jusqu'à la fin de l'automne 2006. Ces démarches ont rassemblé plusieurs partenaires : des intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux et établissements régionaux), des acteurs du réseau privé de la santé et des organismes communautaires. Dans chacun des réseaux locaux de services, ces travaux ont permis d'identifier les différents services offerts, de clarifier ces offres de service et de les formaliser sous forme d'ententes (en cours). Un plan de mise en œuvre a été élaboré à partir des différents enjeux et des priorités retenues.

Un comité de suivi des orientations régionales du programme-services Services généraux a été mis en place dès l'automne 2006. Le mandat de ce comité consiste entre autres à participer à la mise en œuvre des orientations et des priorités régionales du Plan d'action 2005-2010 et à soutenir la mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide dans toute l'Estrie. La composition du comité assure la présence du directeur général répondant régional des services généraux, monsieur François Therrien, et d'une personne responsable des services généraux de chacun des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Le dossier des sages-femmes

Une entente de partenariat a été signée entre le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke afin de permettre aux femmes enceintes suivies par une sage-femme de pouvoir accoucher en centre hospitalier. Le département de maternité du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke offre maintenant une telle approche auprès de cette clientèle.

Le dossier Info-Santé et Info-Social

Plusieurs actions ont été entreprises dans notre région à la suite des différents travaux ministériels visant à améliorer l'accès aux services pour la population et à soutenir le système de santé, notamment en diminuant la pression pour le personnel des cliniques médicales et des urgences, en contribuant à la continuité des services, particulièrement pour la clientèle vulnérable, ainsi qu'en augmentant les gains d'efficience par l'évitement du recours à des services plus coûteux.

Plusieurs enjeux ont été identifiés pour notre région en regard des ressources humaines (consolidation de l'équipe des infirmières, recrutement d'intervenants sociaux, formation du personnel, compétence en langue anglaise à assurer) et du volet Info-Social (centralisation des services 24 heures par jour, sept jours par semaine, tout en conservant les intervenants-terrain de garde, changement de pratique relié au développement normalisé de niveau québécois) ainsi qu'au niveau financier (rehaussement du lien de télécommunication (RTSS), réaménagement physique et ajout important d'infirmières et d'intervenants-sociaux).

Un comité de travail a été mis en place en février 2007 afin d'effectuer les démarches de centralisation du service Info-Social. Ce comité, formé des coordonnateurs sociaux de chacun des centres de santé et de services sociaux, identifie et précise les arrimages cliniques et organisationnels entre les services d'accueil psychosocial des centres de santé et de services sociaux, les intervenants à Info-Social et les services d'intervention-terrain 24 heures par jour, sept jours par semaine.

La biologie médicale

Le déploiement du Projet AHL (analyses hors laboratoire) – volet glucomètres s'est poursuivi tout au long de l'année 2006-2007 en apportant une valeur ajoutée à la qualité des soins. Cette nouvelle technologie est maintenant fonctionnelle dans toute la région et vise le respect des directives québécoises en matière d'analyse hors laboratoire en introduisant un processus de contrôle de qualité par les laboratoires.

Des travaux se sont poursuivis concernant l'organisation territoriale des services en biologie médicale tel qu'identifié dans le Plan d'action 2006-2009. Les travaux des centres de santé et de services sociaux ont porté majoritairement sur deux des cinq objectifs, soit centrer les services sur les besoins de la population ainsi que sur les démarches préliminaires à l'agrément des laboratoires.

4.3 Le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement

Le soutien à domicile et les services dans la communauté

En lien avec l'orientation régionale prioritaire d'adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile « Chez soi le premier choix » et d'assurer l'optimisation des ressources à domicile, des travaux se sont poursuivis concernant plus spécifiquement l'élaboration des outils qui serviront à établir le portrait des clientèles à domicile et en résidence pour personnes âgées. Mentionnons la tenue d'une journée régionale de travail sur « La qualité de la donnée », en juin 2006, portant sur une

démarche de qualité en regard des systèmes à exploiter dans le cadre de cette opération, notamment I-CLSC (Intégration CLSC) et SIGG (Système d'information géronto-gériatrique), en plus de l'outil d'évaluation multiclientèle et des profils iso-SMAF.

Par ailleurs, en regard des cibles ministérielles concernant l'axe « services dans la communauté pour les personnes âgées en perte d'autonomie », des efforts se sont poursuivis concernant la qualité des données dans le système I-CLSC. Notons que le nombre d'interventions en soutien à domicile auprès des personnes âgées a augmenté de 67 %.

Le dossier clinique informatisé partageable

En attendant la disponibilité d'une solution québécoise ou régionale, des travaux se sont poursuivis concernant le développement d'un extracteur de données ainsi qu'un générateur de rapports afin d'exploiter les données cliniques de l'outil d'évaluation multiclientèle telles que saisies dans SIGG. Des rapports statutaires sont en voie de développement et portent sur les données démographiques de la clientèle pour qui un dossier est ouvert dans SIGG, les profils iso-SMAF et les plans de services individualisés. Ce développement vise à fournir les données nécessaires à la réalisation des orientations prioritaires du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement. D'autres efforts en cours portent sur la stabilité de l'application SIGG.

L'outil d'évaluation multiclientèle et les profils iso-SMAF

La région poursuit la consolidation de l'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle et des profils iso-SMAF. En plus de la formation réalisée au plan local, une session a été offerte au plan régional concernant la formation initiale de l'outil d'évaluation multiclientèle et quatorze personnes étaient présentes. Suite à une formation québécoise s'adressant à de nouvelles formatrices accréditées, le nombre de formatrices de l'outil d'évaluation multiclientèle s'élève à 21 pour l'ensemble de l'Estrie. Nous avons aussi tenu une session de coaching pour les formatrices accréditées et dix-neuf personnes y ont participé.

Pour ce qui est de la formation sur les profils iso-SMAF, trois sessions ont été offertes et ont rejoint un public varié composé de 55 personnes, soit des cliniciens et des gestionnaires en provenance de divers milieux dont les CSLC, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres hospitaliers de soins de courte durée et l'Agence.

La gestion de cas

La méthode de calcul concernant le nombre de gestionnaires de cas requis afin de desservir la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie qui nécessite ce type de service a été mise à jour en collaboration avec l'équipe de recherche PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). De nouvelles cibles régionales ont été fixées et visent une desserte de la population non hébergée à 70 % en 2011-2012.

La recherche PRISMA

L'Agence a poursuivi sa collaboration dans le cadre de la recherche PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). Rappelons que l'Agence s'était donné ce moyen afin d'évaluer l'impact de la mise en réseau de services sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Notons une contribution de l'Agence dans le cadre du Colloque PRISMA en mai 2006.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année, 710 usagers au total ont été orientés en centre d'hébergement et de soins de longue durée ainsi qu'en ressource intermédiaire et de type familial, ce qui

représente une augmentation de 28 usagers, comparativement à l'année précédente. L'Estrie a maintenu son taux de conformité aux profils d'admissibilité en centre d'hébergement et de soins de longue durée (profils 10 ou plus), réservant ainsi ce milieu de vie aux personnes en plus grande perte d'autonomie. Toutefois, le taux de conformité devra être amélioré d'ici 2010 afin de pouvoir répondre aux besoins de la population. Aussi, les délais moyens d'attente à l'admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée et en ressource intermédiaire ont diminué et atteignent respectivement treize jours et 52 jours. Le délai moyen pour une place en ressource de type familial a augmenté et se situe à seize jours.

Les délais d'attente pour la clientèle en attente d'hébergement dans les services de courte durée se sont grandement améliorés passant de 43,84 jours en 2003 à 5,25 jours en 2006 pour le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de 46,5 jours à 2 jours pour l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Cependant le délai d'attente pour l'unité de courte durée gériatrique a augmenté, passant de 17,62 jours en 2003 à 30 jours en 2006, alors qu'il était de 10 jours en 2005. Cette augmentation est en partie attribuable au manque de places en ressource intermédiaire où l'on compte plusieurs personnes en attente et où le taux de roulement est faible. Nous pouvons donc constater l'efficacité des efforts des partenaires dans le cadre de l'application de la politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement. Cependant, d'autres mesures sont à considérer afin d'améliorer la performance du système en lien avec les clientèles en attente de transfert de l'unité de courte durée gériatrique vers l'hébergement.

L'évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (centre d'hébergement et de soins de longue durée, ressource intermédiaire, ressource de type familial) révèle une diminution (2 %) du nombre total de personnes hébergées, comparativement à l'année précédente (de 1 710 à 1 676). Cette diminution est principalement attribuable au nombre moins élevé de personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée tandis que le nombre de personnes hébergées en ressource intermédiaire et en ressource de type familial est demeuré stable.

Le milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Au cours de la dernière année, le personnel d'encadrement de ces établissements a bénéficié d'une formation portant sur l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes hébergées. La prochaine étape visera à améliorer les compétences des préposés aux bénéficiaires travaillant en soins de longue et de courte durée.

Les résidences pour personnes âgées

L'édition 2006-2007 du Registre des résidences pour personnes âgées de l'Estrie a été diffusée aux partenaires du réseau estrien de la santé et des services sociaux. Le registre est également disponible sur le site Internet de l'Agence. De plus, au cours de la dernière année, l'Agence a contribué à améliorer la plate-forme Web développée par le Ministère et qui deviendra bientôt disponible au public. L'Agence conservera la responsabilité de s'assurer de la mise à jour des informations contenues dans ce site concernant les résidences localisées en Estrie.

La politique d'examen de mésententes

L'Agence a adopté, en décembre 2006, la Politique d'examen d'une mésentente entre une ressource non institutionnelle d'hébergement et un établissement. Cette politique permettra aux ressources d'être entendues et traitées de façon équitable, et ce, pour le bénéfice des usagers hébergés.

Les mauvais traitements envers les personnes aînées

L'Agence a organisé deux sessions de formation sur l'utilisation d'un outil destiné à guider le jugement clinique dans le cadre de l'intervention auprès de personnes âgées victimes de mauvais traitements. De plus, l'Agence a soutenu un projet de recherche visant à adapter cet outil pour son utilisation par le milieu des organismes communautaires.

4.4 Le programme-services Déficience physique

Le Plan d'action régional 2003-2006 en déficience physique ayant connu son terme, les orientations régionales en déficience physique ont été élaborées en collaboration avec le Comité directeur en déficience physique. Ce processus a permis une collaboration avec les partenaires du réseau afin d'établir un état de situation régional, de grands constats ainsi que des priorités pour notre région en regard de ce programme-services. Les orientations régionales ont fait l'objet d'une consultation auprès des partenaires et des instances concernés en cours d'élaboration du document pour adoption au conseil d'administration de l'Agence, le 27 février 2007.

Les orientations régionales ont pour objectif l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, soit :

L'accessibilité :
- l'amélioration de l'accès aux services de première ligne;
- la consolidation des mesures d'accompagnement à l'intégration et à la participation sociale en première ligne;
- la réduction des délais d'attente pour des services spécialisés de réadaptation.

La continuité :
- la détermination de modalités de collaboration dans des zones où il y a des chevauchements en regard de services à rendre;
- la sélection et l'implantation progressive des éléments retenus conduisant à une intégration accrue de la prestation de services et du suivi des usagers (notamment la fonction « guichet d'accès », un outil d'évaluation commun, le partage d'informations cliniques, la fonction « intervenant-pivot », le plan de services individualisé, etc.).

La qualité :
- l'adaptation des pratiques du personnel qui contribuent à une meilleure intégration dans son milieu de vie et à une participation sociale accrue de la personne ayant une déficience physique, et ce, en conformité avec l'exercice de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.

4.5 Le programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

En continuité avec le Plan d'action régional 2003-2006 en déficience intellectuelle et le Modèle d'organisation de services en troubles envahissants du développement, les orientations régionales en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement ont été élaborées en collaboration avec le Comité directeur en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Ce processus a permis une collaboration avec les partenaires du réseau afin d'établir un état de situation régional, de grands constats ainsi que des priorités pour notre région en regard de ce programme-services. Les orientations régionales ont fait l'objet d'une consultation auprès des partenaires et des instances concernés en cours d'élaboration du document pour adoption au conseil d'administration de l'Agence, le 27 février 2007.

Les orientations régionales ont pour objectif l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, soit :

L'accessibilité :
- l'amélioration de l'accès aux services de première ligne;
- l'amélioration de l'accès aux services spécialisés de deuxième ligne;
- l'atténuation des impacts des délais d'attente pour un service spécialisé de réadaptation.

La continuité :
- l'implantation des modalités de mise en place de la hiérarchisation des services;
- la définition et la consolidation de la fonction d'intervention-pivot en centre de santé et de services sociaux.

La qualité :
- le développement et la mise à jour des connaissances des intervenants;
- la dispensation des services selon des standards de qualité reconnus par des ressources humaines qualifiées et compétentes.

4.6 Le programme-services Jeunes en difficulté

En 2006-2007, l'Agence a particulièrement suivi l'implantation du programme de réadaptation pour les jeunes en difficulté dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie, l'offre de service en santé mentale pour les jeunes hébergés au Centre jeunesse de l'Estrie ou à la Villa Marie-Claire ainsi que le déploiement de l'entente de complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Également, les dossiers des services de supervision des droits d'accès et d'hébergement offerts par le réseau communautaire ont particulièrement fait l'objet de démarches. Les avancées à ce niveau devraient d'ailleurs s'inscrire dans les orientations régionales du programme-services Jeunes en difficulté dont l'élaboration a été amorcée.

Le bilan de l'année permet de conclure à l'importance de mettre en place certaines conditions de réussite pour l'actualisation du programme de réadaptation pour les jeunes en difficulté dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Notamment, la formation des intervenants sur les meilleures pratiques dans ce domaine demeure un incontournable et le suivi de gestion doit refléter les multiples efforts mis de l'avant pour répondre aux besoins des jeunes et leur famille. L'Agence soutient d'ailleurs les centres de santé et de services sociaux dans cette perspective, ce qui aidera à bonifier la qualité et la continuité de services. En 2006-2007, la situation de 9 % des jeunes inscrits à ce programme a été évaluée à l'aide de l'outil standardisé GRISE (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance). 10 % des jeunes ont bénéficié d'un plan d'intervention et 20 % ont fait l'objet d'activités de concertation clinique avec des partenaires externes aux centres de santé et de services sociaux. Ajoutons que dans le cadre des équipes d'intervention jeunesse, 58 situations de jeunes vivant des situations complexes ont été traitées. Ces jeunes provenaient majoritairement du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog qui dessert également ceux de la MRC du Val-Saint-François.

L'Agence a également soutenu le Centre jeunesse de l'Estrie dans ses multiples défis dont la préparation de la mise en place de la nouvelle Loi de la protection de la jeunesse et l'élaboration de l'offre de service spécifique pour les jeunes hébergés présentant des troubles mentaux. Pour cette clientèle, la Villa Marie-Claire a aussi travaillé à adapter ses services et l'Agence demeure attentive aux démarches constantes de cet établissement en regard de la concertation clinique.

Enfin, en 2006-2007, l'Agence, avec son homonyme du réseau de l'éducation, a partagé l'animation d'un plan de relance des travaux sur l'entente de complémentarité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Le bilan du fonctionnement des mécanismes de concertation entre ces deux ministères

mis en parallèle avec l'étude du Comité directeur « Enfance Jeunesse Famille » sur l'ensemble des mécanismes de concertation jeunesse aura permis de déterminer des priorités communes aux deux réseaux. Ainsi, la révision des modalités de partage d'informations dans le cadre de l'implantation des plans de services individualisés a été amorcée de même que l'évaluation des conditions d'implantation de la nouvelle Loi de la protection de la jeunesse sur l'offre de service aux jeunes en difficulté. Les partenaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport sont également actifs dans l'élaboration des orientations régionales du programme-services Jeunes en difficulté.

4.7 Le programme-services « Dépendances »

L'élaboration des orientations régionales du programme-services Dépendances a débuté en janvier 2007, leur adoption par le conseil d'administration de l'Agence ayant été prévue pour le mois de mai 2007. La contribution des différents acteurs régionaux dans ce dossier a notamment permis de déterminer les mécanismes à mettre en place ou à consolider pour assurer une accessibilité, une qualité et une continuité de services pour les personnes vivant une dépendance ainsi que leurs proches.

De plus, au cours de l'année 2006-2007, une allocation de 60 000 $ annualisée de la part de l'Agence a permis la consolidation des services spécialisés offerts aux jeunes et aux adultes suivis par le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges. Suite aux orientations du Ministère, l'Agence a également rendu récurrent le budget répétitif accordé à cet établissement pour ses interventions en jeu pathologique (241 000 $). Enfin, un budget de 47 000 $ a été consenti au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges afin de réduire ses délais d'attente en région auprès des joueurs pathologiques et de participer au projet pilote du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog concernant les joueurs d'appareils de loterie-vidéo. Les résultats 2006-2007 rendent compte de l'ensemble de ces investissements : 144 jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation, meilleure coordination des partenaires dans l'utilisation des services internes de réadaptation jeunesse au plan régional, 1 121 personnes suivies en externe au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges et 167 admises en interne. S'ajoute à ces résultats le suivi de 125 joueurs pathologiques et de 36 de leurs proches.

Enfin, spécifiquement dans le secteur du jeu pathologique, les différentes stratégies du Plan d'action régional en jeu pathologique ont été poursuivies au cours de l'année, notamment au plan du financement des organismes communautaires qui offrent pour chaque territoire de centre de santé et de services sociaux des activités de soutien et d'entraide aux proches de joueurs qui ne sont pas en traitement. L'Agence a octroyé au Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog une subvention de 23 000 $ afin d'établir un plan d'action pour contrer les impacts négatifs sur la population du jeu et de l'utilisation d'appareils de loterie-vidéo. De plus, l'organisme Zone libre a reçu 63 920 $ pour des interventions ciblées reliées à ce plan d'action.

4.8 Le programme-services Santé mentale

La démarche d'élaboration des orientations régionales en santé mentale (adoptées en décembre 2006) et l'opération OASIS (suivi des activités et des dépenses en santé mentale) auront permis de mesurer l'écart entre les attentes ministérielles concernant l'offre de service en santé mentale et la situation actuelle dans chacun des réseaux locaux de services.

En effet, nous estimons à environ quatre millions de dollars l'écart entre le financement du programme-services Santé mentale en Estrie et le financement **moyen** de ce programme dans les autres régions du Québec. Cela se traduit nécessairement par un dysfonctionnement du système de services dont un des principaux symptômes est le délai d'attente à l'urgence pour un problème de santé mentale. Malgré tout, depuis 2003-2004, l'Agence a consenti à la santé mentale 37 % (1 265 308 $) de plus que les sommes reçues

du Ministère en santé mentale, ce qui témoigne de la volonté d'améliorer la situation, malgré la « pauvreté relative » de tous les programmes-services en Estrie.

Ainsi, les allocations ministérielles et régionales des dernières années ont permis de consolider les services de première ligne en santé mentale pour la jeunesse et les adultes, les services de soutien d'intensité variable dans la communauté dans les centres de santé et de services sociaux et le financement de certains organismes communautaires dans ce secteur d'activités. Chaque MRC dispose maintenant d'une équipe de base minimale en santé mentale adulte et d'intervenants dédiés à la santé mentale jeunesse. La région s'est aussi doté d'une véritable urgence psychiatrique régionale qui correspond davantage aux besoins de la région. Loin des priorités régionales, mais requis pour satisfaire aux normes (Commission de la santé et de la sécurité du travail et échelles de rétribution), près de 12 % des allocations auront été investies pour permettre l'ajustement du budget des ressources d'hébergement en santé mentale.

Des travaux ont été mis en place dans chaque réseau local afin de définir le projet clinique en santé mentale. D'autres ont été amorcés au plan régional pour développer un modèle de guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés ainsi que la fonction de psychiatre répondant. Les priorités régionales consistent à développer une première ligne forte médicale et psychosociale en santé mentale (ce qui ne saurait se faire sans budgets de développement) et à assurer une meilleure coordination des soins et services dans ce secteur d'activités en fonction de programmations cliniques « intégrées ». Cela devrait améliorer la qualité perçue par les personnes utilisatrices de ces services.

Par ailleurs, la mise en place du suivi intensif dans le milieu accuse un net retard, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ne pouvant à la fois suppléer au manque de ressources de première ligne et en même temps recentrer ses activités vers une offre de services spécialisés.

Enfin, une réorganisation des ressources résidentielles, d'hébergement et de soutien au logement a été planifiée pour 2007-2008, ce qui permettra de redéployer le parc de ressources en fonction des profils de besoins des personnes, principalement au plan du soutien aux personnes en logement autonome et d'introduire en milieu de vie substitut des approches visant la réadaptation et le rétablissement.

4.9 Le programme-services Santé physique

Les maladies respiratoires

Le Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional est offert dans tous les centres de santé et de services sociaux et est sous la coordination du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Il s'agit d'un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Ce programme a été institué afin de réduire le nombre de visites à l'urgence et les hospitalisations des personnes faisant partie du réseau. Les services offerts visent le renforcement des compétences de la personne atteinte et de sa famille pour s'autosoigner en toute sécurité à la maison, et ce, dès l'apparition des premiers signes d'aggravation.

Depuis l'implantation de ce programme, une augmentation annuelle du nombre de personnes inscrites au Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques est de l'ordre de 20 à 23 %. Une évaluation continue a été faite pour vérifier l'atteinte de ces résultats. Ainsi, de 78 à 91 % des crises d'exacerbation ont été traitées à la maison à partir du plan d'action. Environ 20 % des crises ont mené à une visite à l'urgence et 15 % à une hospitalisation. L'implantation de ce réseau a amélioré la qualité de vie de nombreuses personnes atteintes

de maladies pulmonaires obstructives chroniques. Cela se confirme encore lorsqu'on regarde le niveau de satisfaction de la clientèle qui s'est maintenu, depuis avril 2003, à plus de 96,8 %. Au 31 mars 2007, 556 personnes étaient inscrites.

La réadaptation respiratoire

Le Programme de réadaptation respiratoire a débuté ses activités en avril 2005 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de bronchite ou d'emphysème. Il s'agit d'un programme d'exercices conçu spécialement pour cette clientèle. Le programme individualisé s'adapte à la condition et aux capacités personnelles de chacun. De plus, un volet éducatif porte sur la médication, les facteurs aggravants, la conservation d'énergie et la gestion du stress.

À ce jour, une quarantaine de personnes ont pu bénéficier de ce programme au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Pour l'année 2006-2007, deux groupes ont été formés, pour un total de 22 patients.

Le programme d'intervention en maladies cardiaques

La réadaptation cardiaque

L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques satellites en insuffisance cardiaque a été retenue à notre plan d'action, suite aux recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité avaient identifié ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation plus judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les visites à l'urgence et les hospitalisations.

Le programme a débuté ses activités en 2002 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour ensuite se déployer dans les six MRC de l'Estrie et dans la ville de Sherbrooke en 2004. Il s'adresse à une clientèle connue pour une cardiopathie ischémique (angine, infarctus, angioplastie, pontage coronarien). Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Le même programme de réadaptation est offert au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et dans les centres de santé et de services sociaux. Ce qui le différencie est la supervision médicale pour la clientèle à risque.

Durant l'année 2006-2007, un total de 927 personnes se sont inscrites au Programme régional de réadaptation cardiaque, dont 547 dans les différents centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Les données fournies par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour le programme CHUS-Actif, sont en cours de validation.

L'insuffisance cardiaque

Un programme régional d'insuffisance cardiaque représente le véhicule par excellence pour le traitement et le suivi de la population atteinte d'insuffisance cardiaque en clinique ambulatoire. Ainsi, par des interventions précoces et concertées axées sur des mesures telles que la prévention des facteurs causals des maladies cardiovasculaires sur la non-adhérence aux traitements et sur la détection rapide de l'émergence de situations critiques, les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en Estrie peuvent compter sur un suivi clinique adapté à leur état de santé et ainsi jouir d'une meilleure qualité de vie.

La clinique d'insuffisance cardiaque du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (la clinique mère) a rencontré les premiers patients à l'automne 2003. La clientèle est constituée de patients de classe fonctionnelle 3 et 4, soit de modérés à sévères.

Le suivi de ces clientèles se fera à l'automne 2007 dans les cliniques satellites des six MRC la région et de la ville de Sherbrooke avec le soutien professionnel de la clinique mère du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Tous les centres de santé et de services sociaux offriront des services aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque et à leurs proches, dont le diagnostic est établi par le médecin ou le cardiologue.

Un suivi individualisé sera offert selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque (classe 1 à 4) et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine). Ainsi, le patient avec une atteinte plus sévère de la maladie (classe 3 et 4), à plus haut risque de décompensation cardiaque, sera suivi dans un établissement ayant une urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine et possédant un plateau technique minimal (laboratoire, radiologie, etc.). Un médecin désigné, nommé par le Département régional de médecine générale, assurera des disponibilités dans ces établissements pour ce type de clientèle. Le programme n'a pas de durée déterminée. La personne sera suivie tout au long de sa maladie. Le suivi médical demeure toujours sous la responsabilité du médecin de famille.

Il est à noter que les cibles prévues au Programme régional de services en santé cardiovasculaire comprennent à la fois la clientèle en réadaptation cardiaque ainsi que les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer

Dans le cadre du projet clinique, des travaux se sont poursuivis durant l'année 2005-2006 en vue d'élaborer les orientations régionales du volet sur le cancer et les soins palliatifs du programme-services Santé physique. Un état de situation de l'offre de service actuelle a été produit par l'Agence, en collaboration avec différents groupes de travail allant des services de première ligne, des services spécialisés et surspécialisés, du soutien ainsi que des soins palliatifs.

Suite au processus de consultation auprès des partenaires, les orientations et les priorités régionales ont été adoptées par le conseil d'administration de l'Agence le 25 octobre 2006.

L'offre de service en oncologie et en soins palliatifs du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et les projets cliniques de chacun des centres de santé et de services sociaux seront évalués à l'automne 2007.

En 2006-2007, le Ministère a octroyé des budgets de développement pour la mise en place d'infirmières pivot en oncologie dans les centres de santé et de services sociaux. Les engagements déboursés pour 2006-2007 étaient de 2,9 postes équivalents temps complet. Au 31 mars 2007, 2,5 postes équivalents temps complet étaient nommés pour la région.

Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 4,6 postes équivalents temps complet d'infirmières pivot sont en place depuis plusieurs années. Des liens sont à établir entre les intervenants du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et des centres de santé et de services sociaux au plan du continuum de services. Des activités de formation ont débuté en 2006-2007.

4.10 Le cadre de référence requis sur les plans de services individualisés

En 2006-2007, l'Agence a participé de plusieurs façons à soutenir la continuité des services dans les différents programmes, notamment en poursuivant l'animation des travaux d'implantation du Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés. Découle de ces travaux, l'adoption par la Table de concertation établissements/Agence d'un plan de formation qui tient compte des réalités des réseaux locaux de services et qui s'actualisera de septembre 2007 à juin 2009. Plusieurs démarches ont ainsi été pilotées par

l'Agence afin que l'application du Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés permette une réponse adaptée aux besoins des clientèles.

4.11 La gestion des bâtiments et des équipements

Comme le Ministère l'avait annoncé, la subvention pour le maintien des actifs (réparation des bâtiments) a presque doublé en 2006-2007 pour atteindre 10,2 millions de dollars. Cette subvention répétitive permettra d'assurer le maintien en bonne condition de nos immeubles.

De plus, l'Agence a alloué les budgets de rénovations fonctionnelles au projet du Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François (1,9 million de dollars) afin de permettre une amélioration de l'offre de service à Windsor et, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (1,9 million de dollars), pour son projet de rénovations et d'agrandissement du secteur de la chimiothérapie.

Les tableaux suivants font état des principales acquisitions effectuées par les établissements de la santé et des services et des services sociaux en 2006-2007.

Le fonds des immeubles	
Subventions	
• Subvention régulière	10 266 197 $
• Subvention pour le maintien des actifs de nature capitalisable	1 420 800
• Rénovations fonctionnelles mineures – autres missions que CHSLD	2 679 179
• Lits électriques	163 768
• Subvention et revenus d'intérêts	4 515 411
Total	**19 045 355 $**
Engagements	
• Projets de sécurité	394 260 $
• Projets de vétusté	8 134 008
• Projets de rénovation fonctionnelle	3 807 251
• Augmentation de capacité	119 525
• Intérêts sur emprunts	4 511 800
Total	**16 966 844 $**

Le fonds des équipements	
Subventions	
▪ Subvention régulière	3 339 243 $
▪ Équipements de technologie biomédicale (haute technologie)	4 080 000
▪ Fondation canadienne pour l'innovation (récupération par le Ministère (GEREQ))	(148 579)
▪ Équipements de technologie de l'information (récupération par le Ministère)	(27 710)
▪ Équipements de technologie biomédicale :	
- CHUS – acquisition et installation – système de radiologie	476 000
- CHUS – accélérateur au Département de radio-oncologie	3 080 000
- Équipements médicaux et aides techniques pour le soutien à domicile	1 035 906
▪ Subvention et revenus d'intérêts	250 046
Total	**12 084 906 $**
Engagements	
▪ Enveloppe régulière	3 313 163 $
▪ Équipements de technologie biomédicale (haute technologie)	4 140 869
▪ Fondation canadienne pour l'innovation	(148 579)
▪ Équipements de technologie de l'information	572 345
▪ Équipements de technologie biomédicale :	
- CHUS – acquisitions et installation – système de radiologie	476 000
- CHUS – accélérateur au Département de radio-oncologie	3 080 000
- Équipements médicaux et aides techniques pour le soutien à domicile	1 035 906
▪ Adaptation à l'an 2000	3 822
▪ Intérêts sur emprunts	246 913
Total	**12 720 439 $**

4.12 Les affaires médicales

Au cours de l'année 2006-2007, la Direction des affaires médicales et universitaires a réalisé les activités suivantes :

- l'adoption du Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés 2007;

- l'élaboration du Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2008;

- le support aux activités de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;

- le support aux activités du comité responsable de la mise à jour du Plan d'organisation des services médicaux spécialisés; un plan qualitatif de déconcentration des services spécialisés de base a été produit. La démarche d'opérationnalisation aura lieu à l'automne 2007;

- le support aux activités du Comité sur l'organisation des services médicaux de première ligne, notamment :
    - la poursuite du projet de soutien aux services de première ligne en gastroentérologie. Les principaux éléments de ce projet sont la création d'une requête en gastroentérologie permettant une meilleure priorisation des cas référés, un projet pilote de parrainage gastroentérologue-omnipraticien en terme de support téléphonique et une amélioration de l'accessibilité pour les cas urgents et semi-urgents;

    - l'élaboration d'un projet de partenariat en santé mentale (psychiatre-omnipraticien-équipe de santé mentale) visant la création d'un guichet d'accès en santé mentale et la participation d'un psychiatre répondant;

- le support aux activités du Département régional de médecine générale;

- la mise sur pied de la Table des chefs de médecine d'urgence. Cette table a permis d'élaborer une procédure régionale en cas de rupture de services dans une salle d'urgence et des modalités de confection de la garde pour les périodes d'été et des jours fériés (Noel et Pâques);

- la poursuite du projet de prise en charge des valeurs critiques en médecine de laboratoire;

- la participation à l'élaboration des orientations régionales des programmes-services ainsi qu'à l'évaluation des projets cliniques de chaque centre de santé et de services sociaux;

- la participation au volet des services médicaux du plan de pandémie;

- la création du Comité régional sur les services pharmaceutiques;

- la participation à la Table des directeurs des services professionnels;

- le support à la création de guichets d'accès à la clientèle sans médecin de famille à l'intérieur des centres de santé et de services sociaux.

4.13 L'accès aux services

Les services aux personnes d'expression anglaise

En 2006-2007, l'Agence a procédé à la révision du Programme régional d'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Cette démarche à été réalisée en collaboration avec les représentants du milieu anglophone, les partenaires et les établissements du réseau de santé et de services sociaux estrien. Elle a permis de bâtir une offre de service adaptée aux besoins et aux attentes des personnes d'expression anglaise de la région. Le programme a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 27 février 2007. La liste des établissements et des services qu'il a convenu de rendre accessibles en langue anglaise aux cours des trois prochaines années a été soumise au Ministère pour approbation.

Pour la deuxième année consécutive, le personnel de dix établissements de la région a participé au Programme de formation en anglais langue seconde subventionné par Santé Canada. C'est grâce à une subvention de 135 000 $, allouée à l'Agence dans le cadre du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langues officielles en situation minoritaire, que le personnel ciblé a pu parfaire ses connaissances en langue anglaise.

Les services aux communautés culturelles

Les établissements et les organismes communautaires qui interviennent auprès des personnes qui ne parlent ni le français ni l'anglais ont eu accès à une enveloppe non récurrente de 23 000 $ afin de les soutenir dans leur mission.

4.14 Les ressources humaines

4.14.1 La planification régionale de la main d'oeuvre

Le personnel salarié et d'encadrement

L'Agence a poursuivi la concertation et les actions sur les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre au plan régional, et ce, auprès du personnel salarié et d'encadrement. La

Table des responsables des ressources humaines a poursuivi l'actualisation du plan d'action régional en la matière.

De plus, en 2006-2007, l'Agence, en concertation avec les établissements du réseau, a débuté les travaux relatifs à un nouveau Plan stratégique 2007-2012 de planification de la main-d'œuvre en Estrie (adoption prévue à la rencontre d'octobre 2007 du conseil d'administration).

Ce plan stratégique propose une approche systémique et concertée de la planification de la main-d'œuvre où convergent aussi bien les actions locales et régionales d'un réseau de partenaires que les orientations ministérielles.

Dans ce contexte, l'ensemble des mécanismes de consultation existants sont en révision et en suspens dans le cadre du nouveau plan en matière de planification de la main-d'œuvre à venir (ex. : le Comité régional sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié, le Forum régional sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié, etc).

Voici quelques exemples d'actions régionales posées en 2006-2007 :

- le financement de deux projets d'organisation du travail exportables au sein des établissements : premièrement, le projet APOLLO (Utilisation optimale des ressources : pratiques novatrices et transformation de l'organisation du travail) du Centre de réadaptation Estrie, au montant de 250 000 $; deuxièmement, un projet spécial (Pénurie de main-d'œuvre et transformation de l'organisation du travail) présenté conjointement par le Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et le Centre de santé et de services sociaux du Granit, pour un montant de 500 000 $;

- la poursuite des travaux touchant le projet PRIMOS (Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé) et PRIESH (Partnerships for Regional Integration of English-Speaking Healthcare Professionnals);

- la diffusion et le suivi des projets d'organisation du travail novateurs et porteurs de résultats auprès des établissements, soit : PRIMOS (Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé), PLANETREE (Implantation d'une culture d'entreprise humaniste), etc.;

- la participation de la région à l'organisation du kiosque régional pour le Salon Priorité-Emploi Estrie, qui a eu lieu les 30 et 31 mars 2007. Cet événement vise des actions promotionnelles en association avec nos partenaires principaux (Direction générale d'Emploi-Québec Estrie, Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport);

- la mise sur pied d'un programme d'actualisation professionnelle en soins infirmiers au Cégep de Sherbrooke (début du programme en mai 2007);

- la coordination et la concertation des partenaires régionaux pour la réalisation des stages requis dans les programmes de formation en santé et services sociaux. Actuellement, les programmes visés sont :

    - la santé, l'assistance et les soins infirmiers;
    - l'assistance aux bénéficiaires en établissement de santé;
    - l'assistance familiale et sociale aux personnes à domicile;
    - les soins infirmiers.

De plus, des travaux sont en cours avec le Ministère et les autres agences afin de mettre en place un système informatisé pour l'ensemble des programmes en santé et services sociaux, tant au niveau professionnel, collégial qu'universitaire (à venir en 2007-2008), soit :

- le suivi du Programme ministériel de prolongation de la carrière du personnel d'encadrement 2007;

- le suivi du dossier sur la gestion de la présence au travail et du transfert des données requises par les établissements.

4.14.2 Le développement régional des ressources humaines

Comme par le passé, l'Agence a contribué au développement des compétences des ressources humaines oeuvrant dans les établissements et les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Pour ce faire, elle compte sur la collaboration de trois comités régionaux :

Pour les établissements :

- la Table régionale des directrices et directeurs des ressources humaines des établissements ayant comme mandat de planifier et d'assurer la mise en oeuvre des activités de développement des compétences pour le personnel salarié du réseau estrien;

- le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie qui a comme mandat d'aviser l'Agence sur les orientations à poursuivre afin d'assurer un personnel d'encadrement compétent pour le réseau estrien.

Pour les organismes communautaires :

- le Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires dont le mandat est d'établir les besoins en développement des compétences de leurs membres et de leur personnel et d'allouer le budget régional rattaché à la mise en place de ces activités.

Le personnel d'encadrement

En 2006-2007, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 329 873 $. Une portion du budget, soit 65 985 $, a été retenue à l'Agence pour soutenir des activités de développement régionales et le solde de 263 898 $ a été réparti au prorata des heures travaillées des cadres dans chacun des établissements pour l'année 2005-2006.

Le budget régional a permis de réaliser une activité thématique pour les Rendez-vous régionaux du personnel d'encadrement, deux sessions de formation sur la transformation du réseau et la poursuite des programmes de formation académique de premier cycle et de deuxième cycle en cours.

En effet, depuis quelques années, l'Agence a mis en place un programme de préparation de la « relève » du personnel d'encadrement avec l'appui du Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie et la collaboration de l'Université Laval. Ce programme offre une formation académique de premier cycle et de deuxième cycle en « Gestion et développement des organisations » dont les coûts sont assumés par l'Agence et les établissements. Pour l'année 2006-2007, 122 personnes étaient inscrites au programme. De ce nombre, 64 personnes font partie du personnel cadre et 58 personnes sont identifiées comme faisant partie de la relève cadre.

Aussi, 23 cadres des établissements ont participé aux deux sessions de formation intitulées « Réseaux, partenariats et alliances au cœur de la transformation actuelle » diffusées par l'Agence, en collaboration avec l'Université Laval, en juin et octobre 2006. Aussi, 156 cadres ont participé au Rendez-vous d'automne 2006 ayant comme thème « Pour mieux gérer le changement stratégique ».

Le personnel salarié du réseau

L'Agence assure la diffusion des programmes québécois de formation élaborés par le Ministère. Pour la diffusion de ces programmes, l'Agence entreprend des travaux avec les responsables des établissements concernés afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de diffusion selon les priorités régionales et locales.

Aussi, l'Agence offre aux intervenantes et intervenants du réseau divers programmes en matière de développement des compétences afin de supporter les changements de pratique auxquels ils doivent faire face. Pour ce faire, l'Agence, avec la collaboration des partenaires concernés, analyse les besoins de développement des compétences découlant des nouvelles approches, pratiques et technologies survenues dans les différents programmes-services et élabore un calendrier annuel d'activités de développement des compétences en fonction des priorités régionales et locales.

En 2006-2007, près de 1 500 membres du personnel salarié du réseau estrien ont participé aux sessions offertes par l'Agence dans le cadre des programmes québécois et régionaux.

De plus, dans la foulée de l'élaboration des programmes-services, l'Agence a aussi assuré un support à la préparation des orientations régionales dans les différents programmes-services pour le volet du développement des compétences.

Les organismes communautaires

Le premier volet est un programme de soutien financier pour le financement d'activités de formation dans les huit secteurs d'activités des organismes communautaires et dans les six MRC de l'Estrie et la ville de Sherbrooke. En 2006-2007, les organismes communautaires ont été invités, à deux reprises, à présenter des projets dans le cadre des cinq axes priorisés par le comité régional, soit :

- le développement et la reconnaissance de l'expertise des organismes communautaires;
- le développement du partenariat avec les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- les défis et enjeux politiques et sociaux des organismes communautaires;
- le co-développement professionnel;
- le soutien à la formation et à la participation des bénévoles.

En 2006-2007, douze projets ont été accordés, pour un total de 16 840 $, pour la réalisation de sessions de développement des compétences par les organismes dont les projets ont été retenus par le comité régional.

De plus, un programme d'activités de formation est développé et mis en place par le Centre d'action bénévole de Sherbrooke pour l'ensemble des bénévoles et du personnel des organismes communautaires estriens. Ce programme est financé en partenariat avec la Ville de Sherbrooke, Emploi-Québec, la Commission scolaire de la région de Sherbrooke, le Centre d'action bénévole de Sherbrooke et l'Agence. La contribution de l'Agence est de 6 000 $ annuellement. Par l'entremise de ce programme, 27 activités de formation ont été diffusées à 445 personnes pour l'année 2006-2007.

Les membres des conseils d'administration des établissements

Étant donné les changements à la Loi de la santé et des services sociaux ainsi que les élections des nouveaux conseils d'administration des établissements, l'Agence a organisé une session d'accueil à l'intention des membres de ces conseils d'administration et plus de 130 personnes y ont assisté le 20 février 2007.

4.15 Les ressources informationnelles

L'année 2006-2007 a été très active au chapitre des ressources informationnelles. En effet, l'Agence a dû revoir son projet d'informatisation des réseaux locaux de services, ce dernier s'étant avéré plus dispendieux que prévu. Nous avons donc réduit la portée de notre projet prioritaire tout en nous assurant de sa complémentarité avec le dossier de santé du Québec. Le conseil d'administration de l'Agence a donc accepté un nouveau plan de financement qui a été entériné par le Ministère.

Le Ministère a accéléré la mise en place du Dossier de santé du Québec, lequel permettra, sur consentement du patient, l'échange d'informations de santé entre les professionnels autorisés à cet effet. Certains gestionnaires des établissements et de l'Agence ont participé à des séances d'information sur ce dossier afin de préparer la phase de déploiement qui devrait s'étaler sur les trois prochaines années.

Enfin, la sécurité des actifs informationnels est demeurée une priorité pour l'Agence et les établissements estriens. L'ensemble des mesures prioritaires ont été révisées afin de s'assurer de la sécurité des informations sensibles que nous détenons. Certains événements malheureux survenus à l'hiver 2007 nous ont rappelé l'importance de nos systèmes de protection.

4.16 La qualité et la prestation sécuritaire des services

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux, dont l'un des objectifs fondamentaux est la qualité des services, interpelle les différents acteurs concernés à composer avec de nombreux changements d'ordre législatif, normatif, structurel et de nouvelles obligations et responsabilités convergeant vers cet objectif. Les actions porteuses de la qualité et de la prestation sécuritaire des services sont nombreuses et gérées par différentes instances et différents mécanismes d'appréciation de la qualité.

En réponse aux besoins exprimés par les personnes concernées des établissements de la région, l'Agence souhaite contribuer au développement d'une vision globale et intégrée de la qualité, de la satisfaction et de la prestation sécuritaire des services. La reconnaissance de la responsabilité des acteurs du réseau, l'identification de l'imputabilité de chacun et le respect de leur champ de compétence devrait permettre l'atteinte de cette finalité.

À l'hiver 2007, l'Agence et les directions générales des établissements ont amorcé la réflexion et l'échange sur cette vision de la qualité. La mise en place de mécanismes de concertation et de coordination se poursuivra au cours de la prochaine année.

Les éléments présentés dans cette section témoignent des efforts consentis pour assurer et garantir la qualité et la prestation sécuritaire des services.

4.16.1 La protection des droits des usagers et des usagères

Les personnes recevant les services d'un organisme communautaire, utilisant les services préhospitaliers d'urgence (ambulances et Centre de communication santé) ou ceux d'une résidence pour personnes âgées peuvent, en cas d'insatisfaction, s'adresser directement au Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services, nommé par le conseil d'administration de l'Agence.

Il en va de même pour une personne qui estime que l'Agence n'assume pas correctement ses fonctions ou ses activités et que cela l'affecte personnellement en tant qu'usager.

Pour l'année 2006-2007, le Commissaire régional a traité quinze plaintes, dont trois toujours actives au 31 mars 2007.

Les plaintes à l'endroit d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers

Au chapitre des plaintes formulées en première instance, on retrouve trois plaintes à l'endroit d'organismes communautaires et sept plaintes relatives aux services préhospitaliers d'urgence. Cinq plaintes visent les résidences pour personnes âgées.

Les plaintes à l'endroit d'une fonction de l'Agence

Cette année, aucune plainte ne portait sur les fonctions exercées par l'Agence.

Les plaintes traitées par le Protecteur des usagers

Tout usager insatisfait des recommandations transmises par le Commissaire régional à la qualité des services, au terme de l'examen de sa plainte, peut se prévaloir d'un recours auprès du Protecteur des usagers. Pour cette année, une plainte traitée à l'exercice précédent avait été transmise au bureau du Protecteur des usagers qui nous avise du retrait de la plainte par son auteur.

Les demandes d'intervention et d'assistance

Le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a aussi traité une demande d'intervention dans une résidence pour personnes âgées et répondu à seize demandes d'assistance des usagers.

4.16.2 Les visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

L'Agence collabore à la réalisation des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substituts. Selon la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux, cette démarche est devenue permanente et continue. Des modalités sont ainsi prévues pour assurer la participation d'un représentant de l'Agence pour les visites d'appréciation, la désignation d'une personne responsable du suivi des plans d'action consécutifs aux recommandations de l'équipe visiteuse et l'identification d'une personne-ressource pour les échanges lors de situations jugées inacceptables.

En 2006-2007, la démarche d'appréciation a permis de visiter trois installations en centre d'hébergement et de soins de longue durée et deux établissements gestionnaires auxquels sont rattachées des ressources intermédiaires ou de type familial.

Parallèlement à cette démarche, des visites d'appréciation de la qualité des services ont été réalisées en 2006 dans trois centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés. Ces visites ont été effectuées en conformité avec la Politique sur la qualité des services dans les CHSLD privés non conventionnés de la région de l'Estrie, adoptée par le conseil d'administration de l'Agence en octobre 2003.

4.16.3 Les relations avec le Curateur public

Le Ministère a présenté les attentes du Curateur public envers les personnes-ressources des agences et des établissements. La personne-ressource au sein d'une agence est répondante auprès du Ministère des questions relatives à la qualité des services offerts par les établissements du territoire aux personnes sous un régime pris en vertu de l'application de la Loi sur le Curateur public. Elle est aussi l'interlocutrice privilégiée de la personne-ressource de ce même dossier dans les établissements de son territoire ainsi que du répondant du Curateur public.

Une session de formation sera offerte par le Curateur public au cours de la prochaine année aux personnes-ressources afin de favoriser une meilleure connaissance et une compréhension respective des rôles et des responsabilités du Curateur public et du réseau de la santé et des services sociaux, indispensables à l'accomplissement de leur mission propre auprès des personnes représentées.

4.16.4 Les relations avec le Bureau du Coroner

Afin de faciliter la tâche des coroners et de permettre aux recommandations formulées dans les rapports d'enquête et d'investigation d'avoir l'impact souhaité, certaines attentes ont été formulées par le Bureau du Coroner envers le Ministère, les agences et les établissements.

Ainsi, les modalités d'application liées aux suivis des rapports du Bureau du Coroner ont été révisées afin que le Ministère, les agences et les établissements s'assurent d'une prestation sécuritaire des services, telle que défini dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Durant l'année 2006-2007, dix rapports d'enquête et d'investigation ont été transmis à l'Agence par le Bureau du Coroner et neuf de ceux-ci ont nécessité un suivi par l'Agence.

En suivi aux recommandations d'un coroner sur l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier, une circulaire a été transmise par le Ministère à l'ensemble des établissements de santé du Québec, afin de retirer les opiacés injectables à forte concentration des réserves de médicament sur les unités de soins. L'Agence s'est assurée de l'application de cette circulaire auprès des établissements concernés. Ceux-ci devront élaborer un protocole visant l'utilisation optimale des opiacés dans le traitement de la douleur et un suivi sera réalisé par l'Agence au cours de la prochaine année.

4.16.5 La gestion des risques

Les personnes répondantes des établissements siégeant au Comité régional de gestion des risques se sont réunies à trois reprises.

Axe Prestation sécuritaire

Tel que prévu à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services, les établissements ont les obligations suivantes :

- la formation d'un comité de gestion des risques;
- l'élaboration d'une politique de divulgation de tout accident;
- la déclaration de tout incident et accident;
- la constitution d'un registre local des incidents et accidents;
- la sollicitation de l'agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu.

Afin de soutenir les membres des comités de gestion des risques dans leur nouveau rôle, trois gestionnaires de notre région ont participé à une formation québécoise afin de former à leur tour les membres de ces comités. Les formations se sont déroulées de l'automne 2006 et à l'hiver 2007 et ont reçu une appréciation fort positive.

En juillet 2006, le Ministère publiait ses Lignes directrices sur l'agrément. En Estrie, l'ensemble des établissements ont sollicité l'agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Parmi ceux-ci, cinq établissements ont déjà reçu une accréditation par le Conseil québécois d'agrément et trois établissements par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Enfin, des travaux québécois sont en cours quant à l'utilisation du formulaire révisé « AH-223 » pour la déclaration des incidents et des accidents. Ce formulaire comprendra trois sections, soit la déclaration, la divulgation et l'analyse. Le développement d'une solution informatique WEB est en cours et son déploiement est prévu pour le printemps 2008.

Axe Prévention des infections nosocomiales

Au plan national, le Ministère publiait au printemps 2006 les Lignes directrices en hygiène et salubrité dans les établissements de soins, le Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009 et le Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec.

Au plan régional, un plan d'action a été élaboré par la Direction de santé publique et de l'évaluation en collaboration avec la Table régionale de préventoin des infections nosocomiales afin de répondre, entre autres, à ces exigences. Plusieurs travaux ont été réalisés. Mentionnons la création d'une table régionale regroupant les infirmières dédiées à la prévention des infections nosocomiales, le suivi de l'application du protocole de transfert interétablissement et la formation du personnel ambulancier à ce sujet. L'ensemble des infirmières dédiées en prévention des infections ont reçu la formation de base de l'Institut national de santé publique du Québec si cela était requis, la formation des médecins dans les différents territoires de la région a été complétée et un protocole d'utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier a été révisé.

Enfin, les centres hospitaliers de la région ont été visités en regard de la prévention des infections nosocomiales, et en particulier du clostridium difficile. Un rapport régional a été rédigé et le suivi des recommandations qui en découle sera réalisé au cours de la prochaine année.

4.16.6 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

En conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements doivent adopter un protocole d'application des mesures de contrôle qui tient compte des orientations ministérielles. L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesure de contrôle doit se faire de façon minimale et exceptionnelle et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Un état de situation réalisé auprès des établissements démontre qu'ils ont tous adopté un protocole conforme aux orientations ministérielles, sauf un établissement pour lequel le protocole est en révision.

Un programme national de formation, visant la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle, a été élaboré par le Ministère. Trois infirmières de notre région ont reçu cette formation. Elles auront la responsabilité de former au printemps 2007 des « formateurs multiplicateurs » provenant de tous les établissements de la région qui transmettront ce programme au personnel concerné de leur établissement.

Les personnes siégeant au Comité régional des mesures de contrôle se sont réunies en cours d'année afin de participer au déploiement de cette formation.

4.17 L'entente de gestion et d'imputabilité et la reddition de comptes

En 2006-2007 l'Agence a signé une entente avec le Ministère de même qu'avec chacun des quinze établissements de la région. Ces ententes consignent les objectifs signifiés par le Ministère pour l'année 2006-2007 de même que les objectifs régionaux signifiés par l'Agence aux établissements de la région. Ces ententes ont fait l'objet d'un suivi par le biais d'indicateurs convenus entre les parties signataires. Cette reddition de comptes s'appuie sur trois temps forts qui sont constitués des opérations suivantes :

- le suivi périodique des indicateurs sur huit des treize périodes;
- le bilan du suivi de gestion aux périodes 7 et 13;
- le rapport annuel de gestion.

Vous trouverez, à l'annexe 3, le Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière – 2006-2007, incluant la Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents.

Dans la perspective de formaliser les processus mis en place au cours des trois dernières années, l'Agence a déposé un cadre de référence sur les ententes de gestion et d'imputabilité de même qu'un cadre de référence sur la qualité des données. De plus, l'Agence a mis en place un babillard électronique afin de faciliter la gestion documentaire dans ce dossier et les suivis à réaliser.

L'Agence a également amorcé des travaux sur la productivité des établissements. Des tableaux décrivant certaines dimensions de la productivité en centre de santé et de services sociaux ont été présentés et discutés. Ces travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.

5. Les organismes communautaires

5.1 Le respect des règles et des normes de gestion

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires ainsi que les engagements du Ministère ont été appliqués et respectés.

5.2 Le contrôle de la conformité

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant fait une demande de soutien financier :

- le rapport financier et le rapport de vérification, lorsque requis, adoptés par l'assemblée générale de l'organisme;
- le rapport d'activités;
- une preuve de la tenue de l'assemblée générale et d'une séance publique d'information;
- la fiche synthèse des activités de l'organisme;
- les relevés statistiques appropriés pour les organismes orienteurs et les maisons d'hébergement.

5.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 122 organismes communautaires ont reçu un soutien financier dans le cade du Programme régional de soutien aux organismes communautaires, soit en appui à la mission globale, en entente de services ou en projet ponctuel. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités variées et nombreuses.

Les faits marquants de l'année 2006-2007 sont :

- la poursuite des travaux d'harmonisation entre le regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et l'Agence dans le cadre du plan d'action du Ministère relatif aux cadres régionaux;
- l'allocation de 2,3 % d'indexation appliquée au financement des organismes;
- l'allocation aux organismes de 14 % (307 690 $ annualisé à 341 540 $) des budgets de développement des services dans le milieu, dont l'allocation de 224 761 $ récurrente aux centres de femmes et aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence de l'Estrie provenant des crédits additionnels du Ministère pour la lutte contre la violence conjugale;
- l'allocation de 71 198 $ à dix-huit maisons de jeunes de l'Estrie dans le cadre du volet « consolidation des maisons de jeunes » de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009.

6. Les données financières

6.1 Le rapport de la direction

*Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie*
Québec

Sherbrooke, le 28 septembre 2007

Les états financiers condensés de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

M. Normand Couture
Directeur des ressources financières, informationnelles et matérielles

6.2 Les états financiers de l'Agence

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2007 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 13 juin 2007. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 28 septembre 2007

6.2.1 Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

Résultats du fonds d'exploitation – activités principales	**2007**	**2006**
Revenus		
Subventions du Ministère	6 763 246 $	6 341 409 $
Autres revenus	301 006	300 046
Total des revenus	**7 064 252 $**	**6 641 455 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 067 701 $	5 133 474 $
Autres dépenses	1 810 184	1 399 094
Total des dépenses	**6 877 885 $**	**6 532 568 $**
Excédent	**186 367 $**	**108 887 $**

Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires	**2007**	**2006**
Revenus		
Subventions du Ministère	50 000 $	115 792 $
Autres revenus	1 292	504
Total des revenus	**51 292 $**	**116 296 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	69 318 $	55 696 $
Autres dépenses	4 670	13 461
Total des dépenses	**73 988 $**	**69 157 $**
Excédent (Déficit)	**(22 696)$**	**47 139 $**

Résultats du fonds des activités régionalisées	**2007**	**2006**
Revenus		
Contributions des établissements	1 977 422 $	1 593 152 $
Autres revenus	2 959 142	2 508 804
Total des revenus	**4 936 564 $**	**4 101 956 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	2 215 049 $	1 763 768 $
Autres dépenses	2 006 859	2 183 542
Total des dépenses	**4 221 908 $**	**3 947 310 $**
Excédent	**714 656 $**	**154 646 $**

6.2.2 *Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2007*

Fonds d'exploitation	2007		2006	
	Activités principales	Avoir propre	Activités principales	Avoir propre
Solde créditeur - au début	**367 664 $**	**436 619 $**	**339 566 $**	**389 480 $**
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	186 367 $		108 887 $	47 139 $
Régularisations – analyse financière		372 151 $		
Régularisations – autres			2 855 $	
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :				
– Fonds d'exploitation - Activités principales				
– Fonds affectés				
– Fonds des activités régionalisées				
Total des additions	**186 367 $**	**372 151 $**	**111 742 $**	**47 139 $**
Déductions				
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		22 696 $		
Régularisations - analyse financière	367 665 $			
Régularisations - autres	11 751 $		83 644 $	
Total des déductions	**379 416 $**	**22 696 $**	**83 644 $**	**--- $**
Variation de l'exercice	**(193 049)$**	**349 455 $**	**28 098 $**	**47 139 $**
Solde créditeur - à la fin	**174 615 $**	**786 074 $**	**367 664 $**	**436 619 $**

Fonds des activités régionalisées	2007	2006
Solde créditeur - au début	**210 278 $**	**51 278 $**
Additions		
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	714 656 $	154 646 $
Régularisations – analyse financière		
Régularisations – autres		382 838 $
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :		
– Fonds d'exploitation - Activités principales		
– Fonds affectés		
– Fonds des activités régionalisées		
Total des additions	**714 656 $**	**537 484 $**
Déductions		
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		
Régularisations - analyse financière		
Régularisations - autres		378 484 $
Total des déductions	**--- $**	**378 484 $**
Variation de l'exercice	**714 656 $**	**159 000 $**
Solde créditeur - à la fin	**924 934 $**	**210 278 $**

Fonds d'immobilisations	2007	2006
Solde créditeur - au début	**2 349 465 $**	**2 127 723 $**
Additions		
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations		
Régularisations – analyse financière		
Régularisations – autres	81 365 $	
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :		
– Fonds d'exploitation - Activités principales	192 750 $	27 079 $
– Fonds affectés	114 176 $	8 030 $
– Fonds des activités régionalisées	166 172 $	186 633 $
Total des additions	**554 463 $**	**221 742 $**
Déductions		
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		
Régularisations - analyse financière		
Régularisations - autres		
Total des déductions	**--- $**	**--- $**
Variation de l'exercice	**554 463 $**	**221 742 $**
Solde créditeur - à la fin	**2 903 928 $**	**2 349 465 $**

6.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2007

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006
Actif						
Encaisse	1 567 865 $	1 180 869 $	1 041 730 $	638 778 $		
Débiteurs	202 219	223 759	172 113	122 028		
Autres éléments	44 015	49 059	49 868	98 853		
Immobilisations					3 113 423 $	2 349 465 $
Total de l'actif	**1 814 099 $**	**1 453 687 $**	**1 263 711 $**	**859 659 $**	**3 113 423 $**	**2 349 465 $**
Passif						
Découvert de banque	--- $	--- $	29 845 $	14 004 $		
Créditeurs et charges à payer	705 280	520 164	308 932	635 377		
Autres éléments	148 130	129 240	---	---	209 495 $	
Total du passif	**853 410 $**	**649 404 $**	**338 777 $**	**649 381 $**	**209 495 $**	**--- $**
Solde de fonds	**960 689 $**	**804 283 $**	**924 934 $**	**210 278 $**	**2 903 928 $**	**2 349 465 $**
Total du passif et du solde du fonds	**1 814 099 $**	**1 453 687 $**	**1 263 711 $**	**859 659 $**	**3 113 423 $**	**2 349 465 $**

6.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2007

Bilan combiné	Fonds affectés	
	2007	**2006**
Actif		
À court terme		
Encaisse	1 261 388 $	2 207 519 $
Débiteurs	42 866 688	41 974 894
Autres éléments	13 279	---
Total - Actif à court terme	44 141 355	44 182 413
À long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	71 638 359	75 058 765 $
Total de l'actif	**115 779 714 $**	**119 241 178 $**
Passif		
À court terme		
Découvert et emprunts de banque	13 500 689	16 259 239 $
Créditeurs et charges à payer	17 557 614	15 783 988
Autres éléments	299 091	---
Total - Passif à court terme	31 357 394	32 043 227
Dette à long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	71 638 359	75 058 765
Total du passif	**102 995 753 $**	**107 101 992 $**
Solde de fonds	**12 783 961 $**	**12 139 186 $**
Total du passif et du solde de fonds	**115 779 714 $**	**119 241 178 $**

6.2.5 *L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2007*

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2007
Solde de fonds au début	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**1 315 517 $**	**12 139 186 $**
Ajustements					(193 366)$	(193 366)$
Solde de fonds après ajustements	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**1 122 151 $**	**11 945 820 $**
Augmentation						
Subventions du ministère	19 041 744 $	12 081 773 $	11 557 142 $		27 282 385 $	69 963 044 $
Revenus d'intérêts	3 611	3 133	16 187	5 595	98 509	127 035
Autres			3 871 538	188 246	562 338	4 622 122
Total	**19 045 355 $**	**12 084 906 $**	**15 444 867 $**	**193 841 $**	**27 943 232 $**	**74 712 201 $**
Diminution						
Attributions et intérêts sur emprunts	15 903 080 $	12 560 576 $	711 920 $	148 509 $	248 652 $	29 572 737 $
Contrats à budget			13 021 392			13 021 392
RTSS-Facturation provinciale					21 540 205	21 540 205
Autres	1 138 764	159 863 $	2 062 331	93 414	6 285 354	9 739 726
Total	**17 041 844 $**	**12 720 439 $**	**15 795 643 $**	**241 923 $**	**28 074 211 $**	**73 874 060 $**
Solde de fonds à la fin	**10 624 335 $**	**569 607 $**	**221 869 $**	**376 978 $**	**991 172 $**	**12 783 961 $**

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2006
Solde de fonds au début	**5 830 597 $**	**2 235 215 $**	**589 488 $**	**672 733 $**	**2 660 030 $**	**11 988 063 $**
Ajustements						--- $
Solde de fonds après ajustements	**5 830 597 $**	**2 235 215 $**	**589 488 $**	**672 733 $**	**2 660 030 $**	**11 988 063 $**
Augmentation						
Subventions du ministère	18 443 591 $	12 236 625 $	10 971 178 $	84 308 $	25 041 680 $	66 777 382 $
Revenus d'intérêts	1 866	2 515	12 524	13 901	91 229	122 035
Autres	---	---	3 743 795	194 167	323 777	4 261 739
Total	**18 445 457 $**	**12 239 140 $**	**14 727 497 $**	**292 376 $**	**25 456 686 $**	**71 161 156 $**
Diminution						
Attributions et intérêts sur emprunts	14 980 230 $	13 269 215 $	769 300 $	165 764 $	436 872 $	29 621 381 $
Contrats à budget	---	---	12 421 716	---	---	12 421 716
RTSS – Facturation provinciale	---	---	---	---	21 050 991	21 050 991
Autres	675 000	---	1 553 324	374 285	5 313 336	7 915 945
Total	**15 655 230 $**	**13 269 215 $**	**14 744 340 $**	**540 049 $**	**26 801 199 $**	**71 010 033 $**
Solde de fonds à la fin	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**1 315 517 $**	**12 139 186 $**

6.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

Enveloppe régionale	2007	2006
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	572 892 347 $	534 642 263 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	12 737 181	12 099 662
Total	**585 629 528 $**	**546 741 925 $**
Affectation de l'enveloppe régionale		
Allocations aux établissements	553 861 965 $	516 637 680 $
Allocations aux organismes communautaires	13 696 719	12 700 340
Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	3 689 329	3 261 459
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**571 248 013 $**	**532 599 479 $**
Fonds affectés : Montant attribué	12 737 181 $	12 099 662 $
Autres	1 644 334	2 042 784
Total	**585 629 528 $**	**546 741 925 $**

6.2.7 Les notes aux états financiers condensés

Note 1 – Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

- aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

- les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

- de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

- pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

- pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquent ne sont pas toujours reportées;

- aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

- les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

- les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

- l'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;

- les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

- la dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

La comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

- le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

- le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

- les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

L'attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

L'état des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

L'avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Les immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Les revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

- subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

- subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Les régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 3 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et affectées qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2007	2006
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	192 750 $	27 079 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	166 172 $	186 633 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	114 176 $	8 030 $

Note 4 – Emprunt bancaire

Au 31 mars 2007, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 20 000 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,30 %, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêts au taux préférentiel de la Banque moins 1 %.

La convention de crédit est renégociable le 31 octobre 2007.

Au 31 mars 2007, les emprunts se répartissent ainsi :

	2007	2006
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires majoré de 0,30 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2007 est de 4,64 %.	12 361 451 $	15 546 085 $
Emprunt sur marge de crédit au taux préférentiel moins 1 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2007 est de 5,00 %.	1 139 238	683 355
	13 500 689 $	**16 229 440 $**

Note 5 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2007	2006
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,823 %, remboursable par versements annuels de 717 024 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009.	8 365 483 $	9 082 508 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,889 %, remboursable par versements annuels de 215 764 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juillet 2007.	2 764 155	2 979 919
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	4 935 038	5 347 071
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012.	1 322 064	1 385 019
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 291 496 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	5 538 424	5 829 920
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 914 757 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	1 829 514	2 744 271
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,713 %, remboursable par versements annuels de 670 401 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2006.	---	9 176 077
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,824 %, remboursable par versements annuels de 253 676 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	2 962 917	3 216 593
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011.	7 180 168	7 787 621
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	21 215 448	22 036 702
Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (4,64 % au 31 mars 2007), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	---	1 774 170
Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (4,64 % au 31 mars 2007), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	4 846 013	3 698 894
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	10 276 944	---
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	402 191	---
Sous-total	**71 638 359 $**	**75 058 765 $**
Tranche échéant à moins d'un an	**(10 942 774)$**	**(18 945 554)$**
TOTAL	**60 695 585 $**	**56 113 211 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

- 2008..... 10 942 774 $
- 2009..... 12 218 211
- 2010..... 13 857 287
- 2011..... 5 823 117
- 2012..... 7 143 003

49 984 392 $

Note 6 – Obligations découlant de contrat de location-acquisition

	2007	2006
Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 93 540 $, remboursable par versements mensuels de 1 559 $, échéant le 13 mars 2011.	74 822 $	---
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 285 412 $, remboursable par versements mensuels de 5 879 $, échéant du 31 mars 2008 au 31 mars 2011.	134 673	---
Montant total des paiements minimums futurs	**209 495 $**	---
Tranche échéant à moins d'un an	**(89 252)$**	---
Total	**120 243 $**	---

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

- 2008..... 89 252 $
- 2009..... 60 824 $
- 2010..... 36 734 $
- 2011..... 22 685 $

Note 7 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Note 8 - Provision pour vacances et congés de maladie

Les sommes à payer au 31 mars 2007 en regard des banques de vacances et des congés de maladie cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2007	2006
Vacances	607 968 $	553 701 $
Congés de maladie	45 743	47 124
Total	**653 711 $**	**600 825 $**

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 10 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail à long terme échéant au 31 août 2007 pour des biens loués. Ce bail comporte une option d'achat des biens loués à la juste valeur marchande à la fin du terme.

La dépense de l'exercice terminé le 31 mars 2007 concernant ces biens loués s'élève à 6 326 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

- 2007..... 3 158 $

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements

6.3.1 Les allocations 2006-2007

En 2006-2007, les revenus des établissements ont été de 676 141 715 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et les ventes de services, dont 670 200 863 $ pour les établissements publics et 5 940 852 $ pour les établissements privés conventionnés (excluant La Maison Blanche de North Hatley dont les données n'étaient pas disponibles). Vous trouverez au tableau suivant le détail de ce budget par établissement ainsi que les surplus et déficits pour l'exercice 2006-2007 et 2005-2006. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a une autorisation de déficit de 4 731 000 $; il a donc respecté son cadre budgétaire.

L'allocation des ressources financières aux établissements
Résultat des exercices 2006-2007 et 2005-2006

Nom de l'établissement	2006-2007 Revenus	2006-2007 Dépenses	2006-2007 Surplus (déficit) des activités principales	2005-2006 Surplus (déficit) des activités principales
	$	$	$	$
Établissements publics				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	317 092 132	321 508 336	(4 416 204)	(4 339 413)
Centre jeunesse de l'Estrie	40 169 220	40 109 308	59 912	5 332
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	4 650 453	4 392 533	257 920	91 784
Centre d'accueil Dixville	7 328 982	7 214 948	114 034	33 226
Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke)	19 077 187	18 864 351	212 836	81 918
Centre de réadaptation Estrie	16 592 458	16 576 081	16 377	108 109
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	125 144 106	125 141 266	2 840	525
Centre de santé et de services sociaux des Sources	19 284 066	19 324 985	(40 919)	(8 561)
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	15 294 891	15 294 612	279	2 448
Centre de santé et de services sociaux du Granit	27 423 021	27 417 779	5 242	16 941
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	15 645 727	15 593 646	52 081	81 385
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	20 708 521	20 707 059	1 462	59 357
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	41 790 099	41 421 160	368 939	166 280
Total partiel	670 200 863	673 566 064	(3 365 201)	(3 700 669)
Établissements privés conventionnés				
Villa Marie-Claire	1 500 955	1 520 992	(20 037)	9 779
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	4 439 897	4 349 408	90 489	84 921
La Maison Blanche de North Hatley	N/D	N/D	N/D	127 685
Total partiel	5 940 852	5 870 400	70 452	222 385
Total global	**676 141 715**	**679 436 464**	**(3 294 749)**	**(3 478 284)**

6.3.2 Les autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au Ministère onze autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2006-2007. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2007.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2007		
Budget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	587 466 434 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
▪ Traitement différé	70 500 $	0,0120 %
▪ Équilibre budgétaire	31 454 500 $	5,3543 %
▪ Ajustement régional	2 675 000 $	0,4553 %
Dépenses en immobilisations		
▪ Acquisitions autofinancées	3 762 135 $	0,6404 %
▪ Projets autofinancés par des économies d'énergie	51 000 $	0,0087 %
Total	**38 013 135 $**	**6,4707 %**

Le total des autorisations d'emprunt a augmenté de près de 4,1 millions de dollars en 2006-2007, passant de 33,9 millions au 31 mars 2006 à 38,0 millions au 31 mars 2007, et ce, en raison du déficit autorisé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de 4,8 millions.

6.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Après discussion avec le Ministère, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2006-2007, la somme de 4 731 096 $. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire a été respectée.

	2006-2007		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 000 $	4 415 259 $	315 741 $

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2006-2007 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

6.4 L'allocation des ressources aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2005-2006 Base annuelle	2006-2007 Base annuelle
Maintien à domicile		
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs	185 299 $	190 205 $
• Centre d'action bénévole du Granit	172 205 $	177 455 $
• Carrefour du partage de Magog, Centre d'action bénévole	109 923 $	112 881 $
• Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (anciennement Parrainage civique de l'Estrie)	107 409 $	110 310 $
• Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	153 734 $	158 559 $
• Centre d'action bénévole de Windsor	93 863 $	96 452 $
• Centre d'action bénévole du Haut St-François	203 093 $	209 053 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker	109 344 $	112 289 $
• Centre d'action bénévole Valcourt et région	84 107 $	86 471 $
• Centre de bénévolat de Richmond	89 118 $	91 598 $
• L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	143 588 $	147 535 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	156 448 $	161 335 $
• La Société Alzheimer de l'Estrie	81 680 $	83 559 $
• Les Soins palliatifs la Rose des vents de l'Estrie	152 639 $	156 795 $
• Rayon de soleil de l'Estrie	64 724 $	66 857 $
• Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	228 430 $	234 328 $
• Sercovie	208 179 $	213 612 $
Total	**2 343 783 $**	**2 409 294 $**
Promotion et services à la communauté		
• Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	155 846 $	161 844 $
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs (pers. âgées)	10 478 $	10 719 $
• Animation Jeunesse Haut Saint-François	22 113 $	22 944 $
• Association de la fibromyalgie de l'Estrie	29 979 $	59 288 $
• Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	44 073 $	75 508 $
• Association de parents PANDA de l'Estrie	94 432 $	99 018 $
• Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	72 115 $	75 641 $
• Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	27 141 $	28 641 $
• Association des accidentés cérébrovasculaires ou traumatisés crâniens Estrie	139 414 $	145 034 $
• Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	68 439 $	70 443 $
• Association des sourds de l'Estrie	24 029 $	25 101 $
• Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Estrie (05)	24 098 $	24 831 $
• Association du syndrome de Down de l'Estrie	43 824 $	45 708 $
• Association Épilepsie-Estrie	18 728 $	19 678 $
• Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	2 044 $	11 186 $
• Association québécoise pour les enfants atteints d'audi-mutité, chapitre Estrie	44 772 $	46 678 $

Organismes communautaires	2005-2006 Base annuelle	2006-2007 Base annuelle
• Au point 14-18 de Danville	68 439 $	70 442 $
• Azimut-Nord	27 300 $	28 411 $
• Banque alimentaire Memphrémagog	41 705 $	50 486 $
• Bulle et Baluchon (anciennement Espace-Estrie)	111 498 $	114 938 $
• Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke	43 266 $	60 549 $
• Carrefour du partage de Magog, Centre d'action bénévole (personnes âgées)	1 022 $	1 046 $
• Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	27 453 $	31 661 $
• Centre d'action bénévole de Sherbrooke	158 264 $	161 904 $
• Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (CAB)	7 356 $	22 704 $
• Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (familles)	15 811 $	16 175 $
• Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (personnes âgées)	3 923 $	4 013 $
• Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (jeunesse) (anciennement Parrainage civique de l'Estrie)	14 432 $	14 764 $
• Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (personnes âgées) (anciennement Parrainage civique de l'Estrie)	3 576 $	3 658 $
• Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	10 186 $	10 420 $
• Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)	3 867 $	3 956 $
• Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	9 056 $	25 180 $
• Centre d'action bénévole du Granit (personnes âgées)	9 180 $	9 391 $
• Centre d'action bénévole du Haut St-François (CAB)	9 904 $	10 132 $
• Centre d'action bénévole du Haut St-François (personnes âgées)	7 231 $	7 397 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	9 056 $	9 264 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	16 296 $	16 671 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker (personnes âgées)	4 599 $	4 705 $
• Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	9 056 $	9 264 $
• Centre d'action bénévole Valcourt et région (personnes âgées)	3 288 $	3 364 $
• Centre d'action bénévole Valcourt et région (familles)	903 $	924 $
• CALACS	230 994 $	238 722 $
• Centre d'entraide plus de l'Estrie	42 860 $	45 135 $
• Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	7 096 $	7 259 $
• Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	80 371 $	84 635 $
• Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	14 221 $	14 548 $
• Centre de bénévolat de Richmond (personnes âgées)	3 605 $	3 688 $
• Centre de santé des femmes de l'Estrie	86 517 $	90 922 $
• Centre des femmes de la M.R.C. du Granit	114 932 $	132 393 $
• Centre des femmes du Val-Saint-François	124 426 $	140 447 $
• Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	11 444 $	11 707 $
• Centre des femmes La Parolière	114 953 $	132 412 $
• Centre des femmes - Lennoxville et environs	114 918 $	133 508 $
• Centre des femmes Memphrémagog	119 728 $	136 515 $
• Centre des jeunes de Lennoxville	68 439 $	70 496 $

Organismes communautaires	2005-2006 Base annuelle	2006-2007 Base annuelle
• Centre l'Élan	122 169 $	126 268 $
• Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	114 860 $	133 457 $
• Centre Regroupement Jeunesse Rock-Forest	62 779 $	64 706 $
• Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	149 025 $	153 742 $
• Corporation jeunesse Memphrémagog	77 880 $	80 960 $
• Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	38 297 $	59 849 $
• Diabète Estrie	13 608 $	27 407 $
• Élixir ou l'Assuétude d'Ève	104 896 $	109 723 $
• Famille Espoir	12 272 $	12 554 $
• Famille Plus	12 272 $	12 554 $
• Fleurs au soleil Maison de thérapie (inactif depuis 2006-2007)	4 599 $	0 $
• Intervention régionale et information sur le SIDS (I.R.I.S. – Estrie)	209 674 $	214 496 $
• JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	304 845 $	330 189 $
• L'Autre-Rive	118 083 $	122 088 $
• L'Ensoleillée : ressource communautaire en santé mentale	96 971 $	100 490 $
• L'Escale de l'Estrie	543 389 $	599 512 $
• La Bouée régionale Lac-Mégantic	447 320 $	490 218 $
• La Chaudronnée de l'Estrie	29 553 $	38 398 $
• La Cordée transit de jour	235 431 $	317 135 $
• La Croisée des Sentiers	90 147 $	93 509 $
• La Cuisine Amitié de la M.R.C. d'Asbestos	33 525 $	45 344 $
• La Grande Table	16 597 $	32 697 $
• La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	40 660 $	41 595 $
• La Maison Caméléon de l'Estrie	36 294 $	38 049 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	15 314 $	15 666 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 313 $	4 412 $
• La Maison de la famille du Granit	19 177 $	19 618 $
• La Maison des jeunes Actimaje	68 439 $	70 980 $
• La Maison des jeunes de Coaticook	68 439 $	70 980 $
• La Maison des jeunes de l'Or Blanc	79 756 $	82 020 $
• La Maison des jeunes de la St-François	91 077 $	93 817 $
• La Maison du Point tournant	54 985 $	59 288 $
• La Méridienne 1990	449 363 $	463 747 $
• La Passerelle de Weedon	119 712 $	123 754 $
• La Société Alzheimer de l'Estrie	44 765 $	159 067 $
• La Source-Soleil	275 482 $	202 307 $
• Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut Saint-François	47 531 $	49 913 $
• Le Comité de la relève de Scotstown	8 928 $	9 133 $
• Le Domaine de la sobriété	96 208 $	100 835 $
• Le Pont, organisme de justice alternative	277 436 $	283 817 $
• Le Rivage du Val St-François	112 281 $	116 152 $
• Le Seuil de l'Estrie	155 936 $	161 938 $

Organismes communautaires	2005-2006 Base annuelle	2006-2007 Base annuelle
• Les Fantastiques de Magog	49 592 $	52 022 $
• Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	8 316 $	11 186 $
• Les Jeunes du coin d'Ascot	68 439 $	70 496 $
• Les Cuisines collectives du Haut Saint-François	31 763 $	37 341 $
• Les Soupapes de la bonne humeur	57 147 $	59 750 $
• Les Tabliers en folie	48 670 $	68 729 $
• Maison de la famille de Sherbrooke	1 655 $	1 693 $
• Maison de la famille Memphrémagog	15 293 $	15 645 $
• Maison des grands-parents de Sherbrooke	3 636 $	3 720 $
• Maison des jeunes de Fleurimont	10 698 $	11 427 $
• Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	25 427 $	26 334 $
• Maison des jeunes l'Initiative	68 439 $	70 657 $
• Maison Jeunes-Est	150 920 $	154 874 $
• Marraine Tendresse de l'Estrie	2 044 $	2 878 $
• Moisson Estrie	34 803 $	86 822 $
• MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	2 044 $	5 593 $
• Naissance Renaissance Estrie	76 685 $	85 946 $
• Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	10 698 $	11 427 $
• Points jeunesse du Granit	78 957 $	82 062 $
• Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	80 910 $	82 771 $
• Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	15 459 $	15 814 $
• Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	50 752 $	65 734 $
• Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie	14 533 $	14 867 $
• Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 755 $	3 841 $
• Ressource communautaire en santé mentale « l'Éveil »	90 314 $	93 680 $
• S.O.S. Grossesse (Estrie)	63 914 $	75 508 $
• S.P.E.C. Tintamarre	154 785 $	161 105 $
• Secours-Amitié (Estrie)	100 005 $	136 555 $
• Séjour La Bonne Œuvre	428 342 $	481 415 $
• Sercovie (personnes âgées)	26 139 $	26 740 $
• Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	61 259 $	75 508 $
• Société de l'autisme et des T.E.D. de l'Estrie (S.A.T.E.D.E.)	24 272 $	25 188 $
• Spot Jeunesse de Sherbrooke	68 439 $	70 498 $
• Unité Domrémy d'Asbestos	33 712 $	40 297 $
• Unité Domrémy Danville-Shipton	17 543 $	18 406 $
• Unité Domrémy de Windsor	11 320 $	11 764 $
• Virage Santé Mentale	96 323 $	99 827 $
• Zone Libre Memphrémagog	64 040 $	66 249 $
Total	**9 628 026 $**	**10 612 821 $**

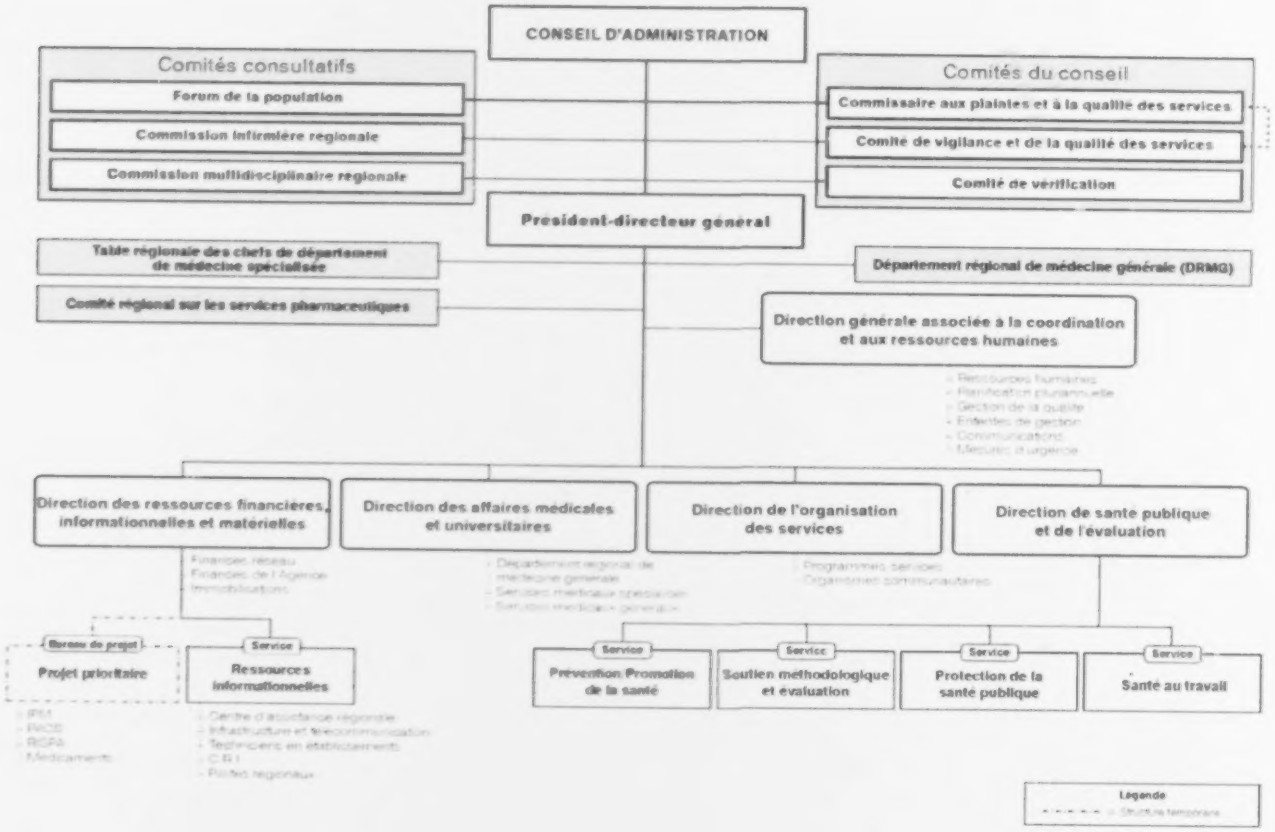
Nombre d'organismes soutenus en 2006-2007 : 122

* On retrouve dans cette section plusieurs des organismes déjà identifiés dans la section « Maintien à domicile ». De plus, certains organismes sont identifiés plus d'une fois parce qu'ils ont plusieurs sources de financement. On retrouve aussi dans cette section des organismes dont la mission globale relève d'un autre ministère. Ces organismes sont financés en « entente de service » seulement.

Les annexes

Annexe 1

L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2007



Annexe 2

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de la Régie régionale :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- de répartir équitablement les ressources mises à sa disposition;
- d'assurer une organisation des services favorisant l'accessibilité et la continuité;

Considérant la mission de la Régie régionale :

> « La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins; conformément à la loi, la Régie régionale vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires »;

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources;

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Note : Il s'agit du code d'éthique adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 8 mai 2002. Lorsque vous lisez « Régie régionale » veuillez comprendre « Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ».

Devoirs et obligations

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de la Régie régionale de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de la Régie régionale et de la population de la région de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de la Régie régionale, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

- Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

- Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

- Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

- Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

- Tout administrateur autre que le président-directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

- L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

- Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

- L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

- À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

- Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus,
  - du nombre de cas traités et de leur suivi,
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Annexe 3

Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2006-2007

LA DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006-2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006-2007.

Signé à Sherbrooke, le 31 mai 2007

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Prévention – tabagisme**
Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	229	233	225
1.1.2 Nombre maximum de participants par groupe de cessation du tabagisme	Nouvel indicateur	Suivi	49

Commentaires

- Dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012, du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) et du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), le MSSS favorise la mise en oeuvre de services de cessation tabagique gratuits et accessibles dans toutes les régions du Québec (CAT).
- 7 CAT sont implantés dans chacune des MRC de l'Estrie dans les CSSS (vocation CLSC) depuis 2002.

Résultats :

- 4 CAT ont offert des rencontres de groupe en cessation tabagique. Les 49 fumeurs ayant bénéficié de ces interventions ne sont pas inclus dans le premier indicateur. En additionnant ces 49 fumeurs, le nombre total de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans les CAT est de 289 pour l'année 2006-2007. Au total la cible fixée est atteinte.

Il est à noter que :

- Le déploiement des CAT est relativement récent et que les fumeurs désireux de cesser de fumer et qui désirent un support d'un professionnel n'en connaissent pas tous la présence sur leur territoire.
- Ce n'est que depuis 2004-2005 que I-CLSC contient les informations permettant de dénombrer le nombre de fumeurs ayant fréquenté les CAT dans les CSSS avec mission CLSC.
- Au cours de l'année, deux intervenants de CAT ont été remplacés.

Nom : Denise Beauséjour Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Dépistage du cancer du sein**
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	63,9 %	65 %	63,9 %
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
- initial	12,6 %	12,5 %	14,2 %
- subséquent	6,4 %	7,0 %	6,1 %

Commentaires

Le taux de participation actuel de 63,9 % est stable depuis 2 ans. Il est légèrement sous la cible mais demeure un des plus élevés au Québec.

Le taux de référence pour investigation, tant pour le dépistage initial que pour les dépistages subséquents, a augmenté. Une étude du taux de référence qui touche la pratique professionnelle des médecins radiologistes sera réalisée par l'Association des radiologistes du Québec, conjointement avec le Collège des médecins du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

De plus, une étude visant à évaluer la motivation des femmes qui n'ont pas répondu à l'invitation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie ou qui ont cessé de participer au programme sera réalisée au cours de la prochaine année.

Nom : Ginette Varin Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	1 305	946	352
1.1.9 Nombre d'interventions de vaccinations réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	346	198	278

Commentaires

La méthode de calcul du nombre d'activités de dépistage est différente de l'an passé.

Cette année une activité de dépistage peut comprendre plusieurs dépistages (tests) pour des maladies différentes alors que l'an dernier, chaque maladie pour laquelle il y avait un dépistage comptait pour un dépistage (ex : si lors de l'intervention on faisait un dépistage pour VIH, hépatite et gono =>, cela représentait 3 dépistages, tandis que cette année si fait lors de la même intervention => cela représente 1 dépistage). L'engagement 2006-2007 aurait dû être de 200.

On peut donc dire que l'année 2006-2007 est l'année 1 pour cet indicateur et que la cible de 200 est atteinte.

1.1.9
Les cibles pour les interventions de vaccination hors les murs ont été atteintes.

Nom : Monique Drapeau Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Système du sang**
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	Nouvel indicateur	100 %	100 %

Commentaires
Cible atteinte à 100 % pour les 3 établissements concernés. Excellent suivi de la part des chargées de sécurité transfusionnelle.

Nom : France Leblanc Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 500	2 152	2 510
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,80	3,80	3,80

Commentaires

Les cibles régionales sont atteintes pour ces deux indicateurs.

Faits à noter :

L'élaboration des projets cliniques a permis aux établissements de réorganiser certains services, notamment les services d'accueil psychosocial ainsi que les services psychosociaux généraux. Ces services possèdent des interfaces importantes avec plusieurs programmes-services dont entre autres : la Santé mentale, la Déficience intellectuelle et les Jeunes en difficultés.

Certains établissements privilégient des interventions psychosociales selon une approche de suivi court terme accompagnée d'une orientation rapide vers les services spécifiques. Ce fonctionnement permet une réponse adéquate aux différents besoins de la clientèle, mais se répercute sur la moyenne des interventions, ce qui explique que trois établissements n'atteignent pas leur cible respective.

Nom : France Leblanc Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 327	6 812	5876
1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	25,59	24,35	31,73

Commentaires

Le nombre d'usagers est de 16% inférieur à la cible 2006-2007 et le nombre moyen d'interventions est supérieur de 30% à la cible 2006-2007

Les résultats 2006-2007 sont influencés par la poursuite des travaux d'amélioration de la qualité des données réalisés au cours de l'année.

- Nombre d'usagers : cible non atteinte en raison de l'amélioration de la qualité des données I-CLSC, plus particulièrement au regard de l'élimination des doubles profils (710 et 210; 710 et 191). Dans les faits, cela signifie que le nombre d'usagers desservis n'a pas diminué.
- Nombre d'interventions : cible atteinte (cible 2006-2007 = 165 885; résultats 2006-2007 = 186 454 interventions comprenant environ 6000 interventions en services achetés)

  Nous avons dépassé de plus de 20 000 interventions la cible 2006-2007 et 75% de cette augmentation provient du CSSS-IUGS, suite à une augmentation de 18 000 heures travaillées et une amélioration de la qualité des données relatives aux activités des auxiliaires familiales. Cette importante variation fera l'objet d'une attention particulière lors du dépôt des états financiers de l'établissement le 30 juin 2007.

  Mentionnons également que le nombre d'interventions aurait du être plus élevé puisque 2 CSSS (CSSS-IUGS et CSSS de Memphrémagog) nous mentionnent des problèmes de dotation et de remplacement.

  Prenez note que les résultats ne tiennent pas compte des allocations directes.
- Nombre moyen d'interventions : cible dépassée en raison de l'effet combiné de la diminution du nombre d'usagers et de l'augmentation du nombre d'interventions.

En terminant, rappelons que la cible 2010 consiste à desservir 16 % de la population de 65 ans et plus et qu'en 2006-2007, le réseau de l'Estrie en a desservi 13 %.

Nom : Linda Dieleman Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,329	3,280	3,345
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,259	0,260	0,267

Commentaires

Les résultats atteints dépassent les cibles attendues pour 2006-2007 et sont supérieurs aux résultats obtenus en 2005-2006. De plus, les résultats pour les deux indicateurs dépassent les cibles attendues du MSSS pour 2010.

De façon plus spécifique, le nombre moyen d'heures en soins infirmiers et d'assistance a légèrement augmenté. Le nombre d'heures travaillées est demeuré semblable tandis que le nombre de jours présence a diminué de 3 %.

Pour ce qui est du nombre moyen d'heures en services professionnels, le nombre d'heures travaillées n'a que légèrement augmenté tandis que le nombre de jours présence a diminué de 3 %.

La variation à la hausse des deux indicateurs peut s'expliquer par une diminution du taux d'occupation. En effet, différentes contraintes administratives ne permettent pas d'ajuster facilement les horaires du personnel pour tenir compte d'une diminution du nombre de résidents hébergés, ce qui a pour effet de maintenir constant un nombre d'heures travaillées malgré une baisse des jours présence.

Un autre facteur pouvant contribuer à augmenter le nombre moyen d'heures travaillées est l'augmentation du taux de conformité aux profils (iso-SMAF) d'admissibilité en CHSLD (10 ou plus). En effet, le taux de conformité des nouvelles personnes hébergées en CHSLD continu de croître de sorte que ce milieu est réservé à une clientèle en plus grande perte d'autonomie. En conséquence, ces personnes requièrent plus de soins d'où la nécessité de maintenir constant ou d'augmenter le nombre d'heures travaillées pour répondre à leurs besoins.

En terminant, nous prévoyons que le nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance et en services professionnels demeurera constant ou augmentera légèrement au cours des prochaines années.

Nom : Denis Beaulieu Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 276	1 680	1 338
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	39,44	29,29	40,15

Commentaires
Le nombre d'usagers desservis a légèrement augmenté par rapport à l'an dernier mais demeure sous la cible prévue en 2006-2007. Cet écart est dû à l'effet de l'amélioration de la qualité des données dans le système I-CLSC, effet sous estimé lors de la signature des ententes de gestion 2006-2007. La fréquence d'intervention auprès des usagers est demeurée la même par rapport à l'an dernier et dépasse largement la cible 2006-2007.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	290	284	315

Commentaires

La cible a été dépassée et on observe une augmentation de 25 usagers desservis en 2006-2007 comparativement aux résultats au 31 mars de l'année précédente.

Information complémentaire

Il y avait 9 usagers en attente au 31 mars 2007 comparativement à 15 à la même date l'an dernier.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	1 269	1 269	1 329
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	744	744	701
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	366	366	412
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	341	344	381

Commentaires

Toutes les cibles ont été atteintes.

La cible en déficience visuelle a été ajustée pour 2006-2007 à 692 personnes. En effet, les données enregistrées dans GESTRED jusqu'à la moitié de l'année 2005-2006 et l'année antérieure, comprenaient les usagers qui n'étaient vus que par les optométristes, dont il ne fallait pas tenir compte conformément au manuel de gestion financière. Environ 10 % de la clientèle du programme déficience visuelle n'est rencontrée que par l'optométriste chaque année. Cette modification dans la façon de compiler les données explique l'apparente diminution de la clientèle par rapport à l'an dernier, quand dans les faits il y a eu léger dépassement de la cible.

L'évolution de l'augmentation de la clientèle de la P1 à la P13 demeure la même en 2006-2007 qu'en 2005-2006.

Les résultats sont légèrement meilleurs en déficience motrice (+4,7 %) à cause d'un meilleur suivi des intervenants amené par la consolidation de la coordination clinique qui a subi de nombreux changements de titulaire l'année précédente. Les résultats sont stables en déficience visuelle (+1,3 %), l'équipe et la programmation l'étant aussi. Une amélioration significative a aussi été notée en déficience auditive (+12,5 %), où les ajouts reliés aux modifications du programme des aides auditives se sont faits sentir en fin d'année. L'augmentation significative en langage-parole (+11,7 %) est attribuable au début des modifications de processus cliniques engendrés par le projet Apollo.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	310	369	380
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	9,33	7,33	10,47

Commentaires	
Nombre d'usagers : la cible 2006-2007 est dépassée. On note une augmentation de 71 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007. Nombre moyen d'interventions : la cible 2006-2007 est dépassée et on observe une augmentation de la fréquence d'intervention entre 2005-2006 et 2006-2007.	
Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	318	314	328

Commentaires
La cible 2006-2007 a été dépassée. On constate une augmentation de 10 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007. **Information complémentaire** : Il y a 11 usagers en attente au 31 mars 2007 comparativement à 22 à la même date l'an dernier.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	52	46	145
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	8,21	5,74	14,33

Commentaires
Nombre d'usagers : la cible 2006-2007 est dépassée. On remarque une augmentation de 93 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007. Nombre moyen d'interventions : la cible 2006-2007 est dépassée et la fréquence d'intervention a augmenté de 75 % entre 2005-2006 et 2006-2007.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	76	65	97

Commentaires
La cible 2006-2007 a été dépassée. Les résultats indiquent une augmentation de 21 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007. **Information complémentaire :** Il n'y avait aucun usager en attente au 31 mars 2007 comparativement à 7 à la même date l'an dernier.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	15	6	19
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	8,7	20,0	8,5

Commentaires

La cible visée pour le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive a été atteinte et dépassée.

Les résultats en regard du nombre moyen d'heures par semaine dans le cadre de l'approche d'intervention comportementale intensive (ICI) n'ont été que partiellement atteints.

Les recherches récentes démontrent une corrélation positive entre l'intensité de l'intervention comportementale (10 heures et plus par semaine) et les gains importants réalisés par l'enfant.

Certains enfants fréquentant le centre de jour du CHUS à temps partiel ayant comme conséquence de réduire la disponibilité pour l'ICI, les enfants qui sont parfois malades ou en vacances et certains parents qui refusent le remplacement de l'intervenant régulier par un autre intervenant lorsque le premier doit s'absenter sont parmi les causes de la non atteinte de la cible.

Le CNDE a comme objectif de finaliser à brève échéance les travaux avec le CHUS concernant la définition des symptômes aggravants justifiant le suivi des enfants au centre de jour du CHUS puis de s'assurer, dès le début des services, de l'engagement des parents à accepter le remplacement des intervenants réguliers lors d'absences, afin que l'intervention soit continue.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.5.9 Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	44	41	52
1.5.10 Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	24	17	32

Commentaires
1.5.9 : La cible 2006-2007 a été dépassée. On note une augmentation de 8 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007. 1.5.10 : La cible visée a été dépassée. On observe une augmentation de 8 usagers desservis entre 2005-2006 et 2006-2007.

Nom : Sherley Jones Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7.50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2005-2006*	*Cibles* 2006-2007*	*Résultats 2006-2007*
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 207	4 287	4022
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,64	8,12	7,26

Commentaires

En 2006-2007, les résultats concernant la clientèle Jeunes en difficulté rejointe par les CSSS atteignent la cible à 94% mais ces résultats sont inférieurs à l'an dernier. Une sous-estimation des clientèles désormais comptabilisées dans les programmes Santé mentale et DI-TED de même que les difficultés rencontrées par 3 CSSS dans le remplacement de personnes en congé expliquent cette situation.

Au total, le volume d'activités a diminué de 9 % par rapport à l'an dernier (- 3 000 interventions) pour un nombre moyen d'intervention par usager de 7,26, inférieur à la cible 2006-2007.

Les démarches entreprises par les établissements pour combler leurs effectifs devraient permettre d'offrir une intensité de service plus élevée que l'an dernier.

Nom : Sandra Brassard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	19,9	16,4	16,4
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	30,4	35,0	31,2
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	Nouvel indicateur	14	10,1
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	Nouvel indicateur	7	5,2

Commentaires

En 2006-2007, toutes les cibles concernant les services de deuxième ligne – jeunes en difficulté ont été atteintes.

Ainsi, le délai moyen d'attente de 16,4 jours à l'évaluation à la Protection de la jeunesse correspond à l'engagement prévu.

Les résultats dépassent les cibles fixées pour le délai moyen d'attente à l'application des mesures, le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge en vertu de la LSJPA, et le taux de nouveaux placements.

De façon générale, ces résultats concordent avec les mesures prises par le Centre Jeunesse de l'Estrie à l'égard du fonctionnement de la Direction de la protection de la jeunesse.

Nom : Sandra Brassard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation	124	138	144

Commentaires
En 2006-2007, le nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie suite à une évaluation a dépassé l'engagement prévu. Comparativement à une prévision de 138 jeunes rejoints, 144 jeunes ont bénéficié de ce service.

Nom : Sandra Brassard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	119	158	125

Commentaires

En 2006-2007, 125 joueurs ont été traités par les services spécialisés en jeu pathologique. Ce nombre, bien qu'il soit supérieur à l'an dernier, correspond seulement à 79% de l'engagement 2006-2007.

Malgré les efforts consentis pour sensibiliser différents acteurs à cette problématique et pour promouvoir ses services, le Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison St-Georges n'a pas connu l'augmentation prévue de demandes de services. Par ailleurs, une augmentation des demandes de services de la part des proches de joueurs pathologiques est observée (36 vs 26 l'an dernier).

Nom : Sandra Brassard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	266	358	340
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	2 033	1 729	2245

Commentaires

1.8.1

La mise en place d'une offre de service de 1re ligne en santé mentale jeunesse, bien arrimée avec le réseau scolaire, les services médicaux et le service de pédopsychiatrie progresse lentement mais sûrement dans chacun des territoires de CSSS. Cette année, l'élaboration d'un protocole de partenariat MSSS-MELS sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité a fait l'objet de travaux de concertation dans 5 MRC/7 et constitue la base d'une organisation de services intégrés en santé mentale jeunesse. Le manque de ressources dédiées reste le principal obstacle rencontré.

1.8.2

Objectif atteint. Les services d'évaluation, traitement et suivi en 1re ligne pour une problématique de trouble mental chez un adulte sont bien implantés dans chacun des CSSS et se distinguent de plus en plus clairement de l'offre de services psychosociaux généraux. Les trajectoires et les arrimages avec les médecins de famille et les services spécialisés de psychiatrie doivent cependant être consolidés dans le cadre de programmations intégrées. Des budgets supplémentaires permettront d'embaucher davantage de psychologues en CSSS et de respecter les meilleures pratiques en santé mentale.

Nom : Liane Savard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouvel indicateur	0	0
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Nouvel indicateur	222	431

Commentaires
1.8.3 Cible atteinte. Excellent travail à ce niveau. 1.8.4 Il se fait encore trop de suivis de 1re ligne au CHUS. Des travaux sont en cours pour mettre en place les soins partagés et le guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale. Ces mesures, jumelées à une gamme plus complète et coordonnée de services de santé mentale en 1e ligne, permettront une meilleure utilisation des services de deuxième ligne et une diminution du nombre de patients hors délais.

Nom : Liane Savard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	176,4	221	170,6
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	47,5	80,0	44,6

Commentaires

1.8.5

Le résultat reflète les difficultés rencontrées par la plupart des établissements dans l'organisation de cette offre de service qui suppose une fréquence élevée d'intervention. Le manque de ressources dédiées reste au cœur des préoccupations, notamment pour ramener le SIV au niveau de la première ligne, libérant d'autant la deuxième ligne pour se concentrer sur le suivi intensif dans le milieu des clientèles plus instables ou dont la problématique est plus complexe. De plus, à la lumière du taux de roulement, il est probable qu'une partie de ces usagers soient plutôt des clients des services ambulatoires.

1.8.6

On fait face ici à un enjeu de transformation de pratique. Une des principales conditions de réalisation reste le développement de la capacité de la 1e ligne (médicale et psychosociale) au niveau du SIV, vers qui on devrait orienter progressivement les clients qui nécessitent davantage les services de SIV.

Nom : Liane Savard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	Nouvel indicateur	19,3	20,2
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	Nouvel indicateur	10,7 %	11,5

Commentaires
1.8.7 et 1.8.8 Le CHUS Hôtel-Dieu opère la seule urgence psychiatrique de la région. Les délais rencontrés témoignent du dysfonctionnement du système de services en santé mentale sur tout le territoire, mais principalement à Sherbrooke. Sur demande du MSSS, un projet pilote a été proposé au CCNU-MSSS pour corriger la situation. L'objectif de ce projet est d'accélérer la mise en place ou la consolidation d'un ensemble de mesures prévues au Plan d'action ministériel en santé mentale, ce qui devrait créer les conditions nécessaires à une utilisation plus appropriée de l'urgence psychiatrique.

Nom : Liane Savard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence – santé physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Resultats 2006-2007***
1.9.1 Séjour moyen sur civière	10,3	10,8	10,4
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,7	13,0	11,8
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1,7 %	2.0 %	1,7%
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,5 %	1,9 %	1,6%

Commentaires

Les cibles de tous les indicateurs nationaux sont atteintes et la performance de la région est une des meilleures au Québec pour les services de santé physique en salle d'urgence.

Toutefois, on doit poursuivre les efforts visant à diminuer la durée moyenne de séjour (DSM) et le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.
Au CHUS – Fleurimont, les résultats sont :

DMS : 16 heures

% 48 heures et plus : 3,9 %

On espère de meilleurs résultats l'an prochain en raison des efforts consentis pour optimiser la prise en charge et la continuité des services auprès de la clientèle de 75 ans et plus, et pour améliorer la situation à l'urgence psychiatrique (voir indicateurs 1.8.7 et 1.8.8).

Nom : Louise Lemire Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	708	862	668
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,04	16,23	22,34

Commentaires

1.9.5

Depuis 2 ans, le nombre d'usagers recevant des soins palliatifs à domicile demeure inférieur aux cibles ministérielles. Par ailleurs, aucune personne n'est en attente pour ces services.

Des travaux visant à expliquer cet écart seront entrepris au cours de la prochaine année.

1.9.6

Le nombre moyen d'interventions a augmenté au cours de la dernière année et dépasse la cible 2006-2007.

Nom : Denyse Lamontagne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.7 Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	2	0	2

Commentaires

Au 31 mars 2007, deux personnes sont en attente de plus de quatre semaines pour un traitement en radio-oncologie. Il s'agit là d'une bonne performance si l'on tient compte des personnes en provenance de Montréal et de la Montérégie qui ont été référés au CHUS au cours de l'année.

Nom : Denyse Lamontagne
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Date : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.8 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A	91 %	92 %	99 %
Catégorie B	70 %	75 %	94 %

Commentaires
Les résultats 2006-2007 ne couvrent que les périodes financières 4 à 13. Les périodes 1 à 3 ont été exclues en raison des problèmes de fiabilité des données engendrée par l'implantation de nouveaux modules au système général sur l'accès aux services (SGAS). Les résultats indiquent une performance accrue par rapport à l'an dernier de même que le respect des engagements pris pour l'année 2006-2007. Excellente performance et amélioration significative durant la dernière année.

Nom : Denyse Lamontagne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.9 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	96 %	100 %	95 %
Catégorie B :	89 %	81 %	84 %

Commentaires

Les résultats 2006-2007 ne couvrent que les périodes financières 4 à 13. Les périodes 1 à 3 ont été exclues en raison des problèmes de fiabilité des données engendrée par l'implantation de nouveaux modules au système général sur l'accès aux services (SGAS). Les résultats indiquent une performance accrue par rapport à l'an dernier de même que le respect des engagements pris pour l'année 2006-2007.

Bonne performance par rapport aux cibles, particulièrement pour la catégorie B.

Toutefois, légère diminution par rapport à 2005-2006.

Nom : Denise Lamontagne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie			
Catégorie A	73 %	100 %	96 %
Catégorie B	31 %	50 %	60 %

Commentaires

Les résultats 2006-2007 ne couvrent que les périodes financières 4 à 13. Les périodes 1 à 3 ont été exclues en raison des problèmes de fiabilité des données engendrée par l'implantation de nouveaux modules au système général sur l'accès aux services (SGAS). Les résultats indiquent une performance accrue par rapport à l'an dernier de même que le respect des engagements pris pour l'année 2006-2007.

Excellente performance et grande amélioration par rapport à 2005-2006.

Nom : Denise Lamontagne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	115	137	122
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	110	162	158
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 598	2 601	2 695
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	10 503	9 440	8 974
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	8 346	7 000	7 128
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	Nouvel indicateur	0	4 / 42
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	Nouvel indicateur	0	20 / 66
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	Nouvel indicateur	0	4 / 265

Commentaires

De façon générale, bonne performance :

- Au global, la région a réalisé le nombre de chirurgies pour lequel elle s'était engagée.
- Intensité mise sur les PTH-PTG et cataractes. La plus grande difficulté se situe au niveau des chirurgies d'un jour. Des ententes du CHUS avec le CSSS de Memphrémagog devraient améliorer la situation.
- Diminution du nombre de patients en attente.

Nom : Denise Lamontagne Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Promotion et prévention – jeunes et familles**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
1.10 Proportion de femmes ayant accouché dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	60 %	75 %	57,7 %

Commentaires

Le résultat de 57,7 % correspond à la méthode de calcul utilisée provincialement, méthode qui utilise comme dénominateur le nombre de femmes de 19 ans ou moins plus le nombre de femmes de 20 ans ou plus et une scolarité inférieure au secondaire V. Comme ce dénominateur ne correspond pas aux critères provinciaux d'accès à ce programme, l'Agence de l'Estrie calcule différemment son résultat; le voici.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent à rejoindre les femmes enceintes qui correspondent aux critères suivants :

- être âgée de 19 ans ou moins à la naissance de l'enfant (profil PSJP)

OU

- avoir 20 ans ou plus, une scolarité inférieure au secondaire V ET un revenu familial inférieur aux seuils de faible revenu.

Dans la région de l'Estrie, le nombre moyen de femmes qui présentent ces caractéristiques est de 287 par année (une moyenne des données du fichier des naissances vivantes pour les trois dernières années disponibles, c'est-à-dire 2002, 2003 et 2004) :

- le nombre moyen de femmes qui ont 19 ans ou moins à l'accouchement (profil PSJP) est de 144 par année;
- le nombre moyen de femmes ayant 20 ans ou plus et une scolarité inférieure au sec V est de 266 par an. D'après les données tirées du recensement de 2001, 54 % de ces femmes auraient un revenu familial inférieur aux seuils de faible revenu. C'est donc dire que 143 femmes qui accouchent chaque année dans la région de l'Estrie sont à la fois âgées de 20 ans ou plus, pauvres et sous-scolarisées (profil NEGS).

Entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007, 270 femmes enceintes suivies dans le cadre des SIPPE ont donné naissance à leur enfant : 254 ont bénéficié des services des établissements CSSS et 16 autres étaient suivies par la Villa Marie-Claire, un établissement de réadaptation s'adressant aux mères en difficultés graves d'adaptation. La clientèle rejointe par les SIPPE représente ainsi 94 % de la clientèle ciblée, c'est-à-dire 94 % des femmes qui correspondent à l'un ou l'autre des critères d'admissibilité au programme.

Avec un résultat de 94 %, l'Agence considère avoir dépassé la cible de 75 % à laquelle elle s'était engagée.

Nom : Renée Cyr Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Gestion des bâtiments et des équipements**
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	2,10	2,18	2,19

Commentaires

L'évolution prévue par le MSSS s'illustre comme suit :

2004-2005 : 2,44 Gj/m²
2005-2006 : 2,36 Gj/m²
2006-2007 : 2,28 Gj/m²
2007-2008 : 2,21 Gj/m²
2008-2009 : 2,16 Gj/m²

Les résultats préliminaires sont inférieurs à la cible identifiée par le MSSS et près de la cible régionale. Les données devront être révisées suite au dépôt des rapports financiers des établissements.

La procédure actuelle pose une difficulté quand la superficie d'un établissement change en cours d'année. Aucune méthode de calcul n'est prévue dans la fiche descriptive de l'indicateur contrairement au rapport financier. À chaque année, des écarts apparaissent entre les superficies déclarées dans le système d'information Gestred et celles indiquées aux rapports financiers. C'est pourquoi l'Agence ne peut valider l'information tant que les rapports financiers ne sont pas disponibles.

Suite à des corrections apportées récemment par certains établissements, notez que le résultat de l'année 2004-2005 serait de 2,20 Gj/m² et celui de 2005-2006 serait de 2,10 Gj/m².

Nom : Lyna Fortin Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe:	**Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,05 %	5,55%	5,98%

Commentaires

Le résultat 2006-2007 est basé sur le résultat de **13** établissements sur 16 seulement car les données pour les établissements privés conventionnés seront disponibles à la fin juin 2007.

Les résultats indiquent une meilleure performance que l'année dernière même si la cible n'est atteinte qu'à 92 % :

- 8 établissements sur **13** ont atteint leur cible, 1 est très près de l'atteindre et 4 ne l'ont pas atteinte;
- certains établissements ont connu une augmentation de leur ratio dû à des problématiques de santé liées au vieillissement de leur main d'œuvre (problèmes physiques, maladie chroniques);
- un établissement a mis en place depuis plus d'un an des orientations et des actions en matière de gestion de la présence au travail qui ont conduit à une amélioration appréciable de leur situation.

En terminant, mentionnons que le contexte de la loi 30 et d'autres lois du travail entrées récemment en vigueur ont eu un impact négatif sur l'atteinte de la cible d'assurance salaire.

Nom : Nicole Berthiaume Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Équilibre budgétaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	***Résultats 2005-2006***	***Cibles* 2006-2007***	***Résultats 2006-2007***
Résultat d'exploitation par établissement :			
- Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke	(4 335 453$)	(4 731 000$)	(4 415 259$)

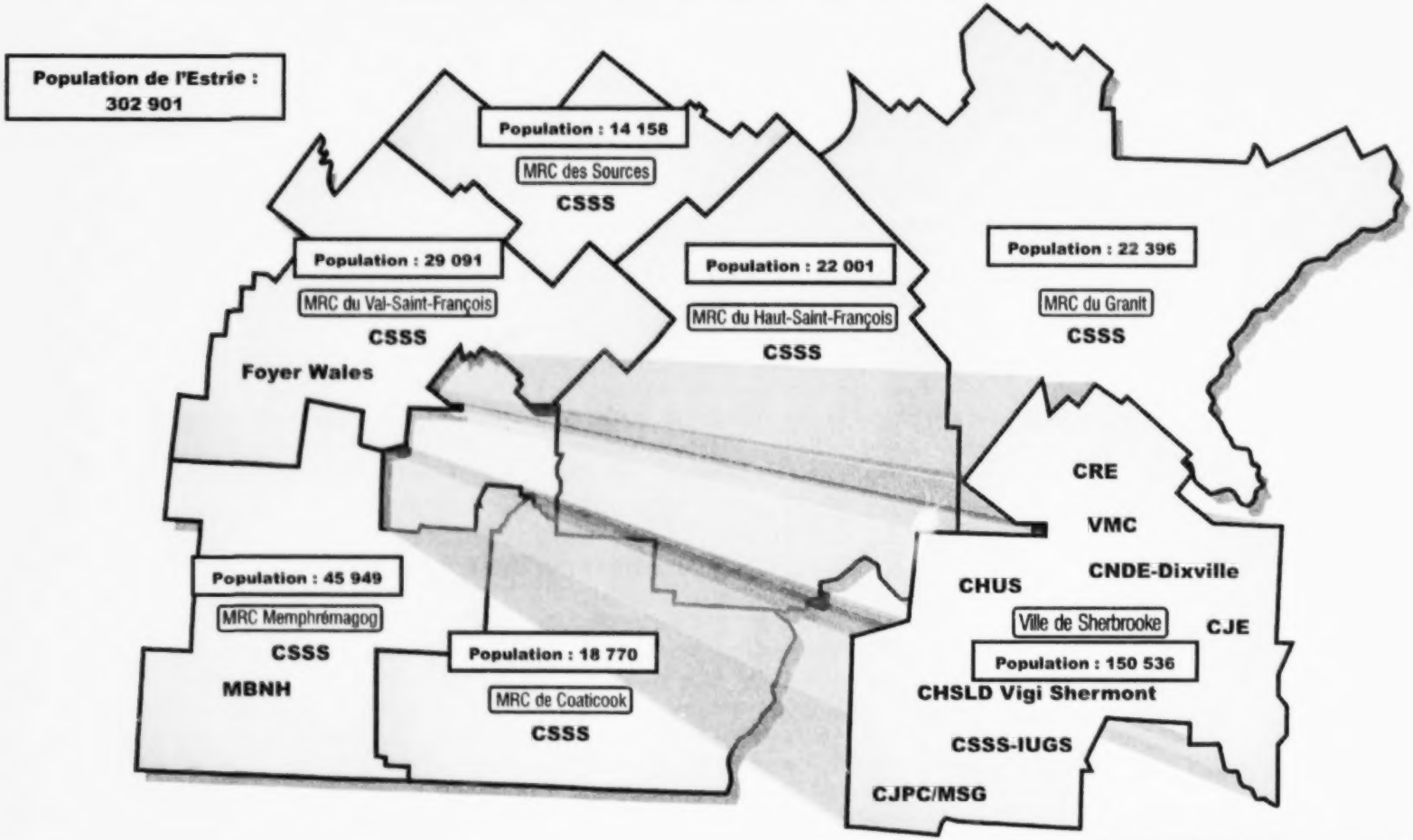
Commentaires

- Selon ces résultats, la cible budgétaire est atteinte.

Nom : Johanne Paradis Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	**Date** : 31 mai 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Le réseau de santé et de services sociaux de l'Estrie



Bibliothèque de l'Assemblée nationale
Service de la référence – Secteur du prêt
Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires
Québec (Québec) G1A 1A3

DATE DE RETOUR

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
www.santeestrie.qc.ca/agence

Bibliothèque de l'Assemblée nationale
QL B 338 178